

# Hvordan samsvarer foreldre, barn og lærer om barnets emosjonelle vansker og atferdsproblemer?

*En Multiinformantstudie om barns atferd*

Line Amundsen og Cornelia Engert Løken



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

23.10.2013



# Hvordan samsvarer foreldre, barn og lærer om barnets emosjonelle vansker og atferdsproblemer?

*En multiinformantstudie om barns atferd*

Line Amundsen og Cornelia Engert Løken

Copyright Line Amundsen og Cornelia Engert Løken

2013

Hvordan samsvarer Hvordan samsvarer foreldre, barn og lærer om barnets emosjonelle vansker og atferdsproblemer?

*En multiinformantstudie om barns atferd*

Line Amundsen og Cornelia Engert Løken

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: CopyCat, Forskningsparken





# Sammendrag

Oppgaven undersøker hvordan foreldre, barn og lærer samsvarer om barnets emosjonelle vansker og atferdsproblemer. Tidligere forskning har vist at det ofte kun er lav til moderat samsvar mellom foreldre, barn og lærere, når de rapporterer om barnets vansker. Denne studien ville undersøke korrelasjoner mellom foreldrenes, barns og lærerens rapportering på delskala "emosjonelle vansker" og "atferdsproblemer" fra "Strengths and Difficulties Questionnaire" (SDQ), samt om diskrepansene mellom informantene korrelerer.

Oppgaven brukte data fra prosjektet "The Matter of the First Friendship". Foreldrerapporter, barnerapporter og lærerrapporter fra siste innsamlingstidspunkt, våren 2006, ble benyttet. Det ble brukt Pearson's korrelasjonsanalyse for å undersøke samsvaret.

Resultatene viste at barn, foreldre og lærere rapporterer ulikt med hensyn til barnas emosjonelle vansker og atferdsproblemer. Barna viste en tendens til å rapportere mer vansker på begge delskalaene, mens de voksne rapporterte mindre vansker og mer likt. Resultatene viste en kjønnsforskjell i rapportering: Lærere rapporterte mer atferdsproblemer for gutter enn for jenter.





# Forord

Å skrive denne oppgaven har vært en lærerik prosess. Vi vil takke Mona Bekkhus som har vært vår veileder. Tusen takk for all hjelpen og ikke minst støtte, som du har gitt oss hele veien. Vi ønsker også å takke Anne-Marie Halberg for grundig metodeveiledning, samt Anne Inger Helmen Borge for hjelp og inspirasjon.

Oppgaven har involvert mange mennesker, både familie og venner. Line ønsker å takke Eirin og Edd og mine tre søstre for all støtte i denne prosessen. Tusen takk! Og til alle mine nærmeste venner som har backet meg opp og støttet meg hele veien. Tusen takk til dere alle! Conni ønsker å takke Tormod som har gjort en stor jobb på hjemmebane, og som har oppmuntret og støttet meg hele veien. En stor takk går også til barna mine, Tobias og Eline, for deres kjærighet og latter. Takk for at dere minner meg på hva som er viktigst i livet. Kjempeglad i dere tre! En stor takk går også til svigerforeldre som har stilt opp ekstra mye den siste tiden når vi trengte det. Sist, men ikke minst, ønsker jeg å takke foreldrene mine som har støttet meg gjennom hele studietiden og som tror på meg.

Vi har vært to i denne hovedoppgaven, og oppgaven er et produkt av godt samarbeid. Det har vært til stor hjelp for oss begge å ha hverandre å rådføre seg med, og å ha hverandres støtte. Tusen takk til hverandre!

Oslo, oktober 2013

Line Amundsen og Cornelia Engert Løken



# Innholdsfortegnelse

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>Introduksjon .....</b>   | <b>1</b>  |
| 1.1      | Komorbiditet av emosjonelle vansker og atferdsproblemer .....   | 2         |
| 1.2      | Er det likheter mellom informanter i rapportering av emosjonelle vansker og atferdsproblemer? .....                       | 3         |
| 1.2.1    | Samsvar mellom voksne informanter og barn .....   | 4         |
| 1.2.2    | Samsvar i henhold til ulike typer atferd .....  | 4         |
| 1.2.3    | Samsvar i henhold til barnets alder .....   | 6         |
| 1.2.4    | Samsvar i henhold til barnets kjønn .....   | 6         |
| 1.3      | Beskrivelse av forskjellene i symptomrapportering.....  | 7         |
| 1.3.1    | Forskjeller mellom kjønn og type atferd.....  | 7         |
| 1.3.2    | Forskjeller mellom klinisk utvalg og normalutvalg .....   | 8         |
| 1.4      | Formålet med denne oppgaven og forskningsspørsmål .....   | 8         |
| <b>2</b> | <b>Metode.....</b>  | <b>10</b> |
| 2.1      | Design .....  | 10        |
| 2.2      | Deltagere.....  | 10        |
| 2.3      | Instrument og målinger .....  | 11        |
| 2.4      | Analyser .....  | 13        |
| 2.4.1    | Preliminære analyser .....  | 13        |
| 2.4.2    | Statistiske analyser.....   | 14        |
| <b>3</b> | <b>Resultater .....</b>   | <b>15</b> |
| 3.1      | Deskriptive data for emosjonelle vansker og atferdsproblemer .....  | 15        |
| 3.1.1    | Gjennomsnittsskårene for delskalaene .....  | 15        |
| 3.1.2    | Kjønnsforskjeller .....   | 16        |
| 3.2      | Assosiasjoner mellom emosjonelle vansker og atferdsproblemer .....  | 16        |
| 3.3      | Deskriptive data for diskrepanssskårene .....   | 18        |
| 3.4      | Assosiasjoner for diskrepanssskårene .....  | 19        |
| 3.5      | Analyse av enkeltitem .....   | 20        |
| 3.5.1    | Emosjonelle vansker .....   | 20        |
| 3.5.2    | Atferdsproblemer.....   | 22        |
| <b>4</b> | <b>Diskusjon.....</b>   | <b>24</b> |
| 4.1      | Forskjeller i gjennomsnittsskårer på emosjonelle vansker og atferdsproblemer rapportert av barn, foreldre og lærere ..... | 24        |
| 4.1.1    | Barn rapporterer flere emosjonelle vansker og atferdsproblemer enn voksne.....  | 24        |
| 4.1.2    | Er det kjønnsforskjeller mellom gutter og jenter når man rapporterer om emosjonelle vansker og atferdsproblemer?.....     | 25        |
| 4.2      | Assosiasjoner mellom rapportering av emosjonelle vansker og atferdsproblemer .....  | 27        |
| 4.2.1    | Informanter er mer enige når de rapporterer om atferdsproblemer .....   | 29        |
| 4.3      | Assosiasjoner mellom diskrepanssskårene .....   | 29        |
| 4.4      | Kan enkelte item forklare forskjellene? .....   | 30        |
| 4.5      | Betydning av multiinformant tilnærming for klinisk praksis.....   | 31        |
| 4.6      | Styrker og begrensninger ved studien .....  | 32        |
| 4.7      | Videre forskning .....  | 34        |
| 4.8      | Konklusjoner .....  | 34        |

|                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| <b>Referanser .....</b>          | <b>36</b> |
| <b>Vedlegg / Appendiks .....</b> | <b>41</b> |
| <b>Appendiks 2.....</b>          | <b>44</b> |

# 1 Introduksjon

Forskning innen utviklingspsykologi har de siste 30 årene funnet at ulike informanter rapporterer ulikt om barns atferd og psykiske helse, og at forskjellene er betydelige. Dette fremkommer da mange studier finner kun lav til moderat samsvar mellom forskjellige informanter (Achenbach, McConaughy & Howell, 1987; De Los Reyes & Kazdin, 2005). Selv om det foreligger lite overensstemmelse mellom informanter, understreker allikevel mange hvor viktig det er med informasjon fra flere informanter (Becker, Hagenberg, Roessner, Woerner & Rothenberger, 2004).

Forskningsfunnene om ulik rapportering har en viktig betydning for klinisk praksis. For eksempel belyser de hvordan barnets atferd og symptomer kan variere ut fra hvem som rapporterer (De Los Reyes & Kazdin, 2005). Dette betyr at barnets symptombilde vil kunne fremstå ulikt alt ettersom det er lærer, mor, far, barnet selv eller en annen person som rapporterer. Videre vil dette symptombildet kunne avgjøre om barnet oppfattes å trenge profesjonell hjelp, og dermed ha en viktig rolle i hvorvidt barnet tilbys hjelp innen psykisk helsevern. Derfor er det viktig å ha kunnskap om uenighet mellom de ulike informantene. En studie gjort av Hawley og Weisz (2003) med amerikanske barn i alderen 7-17 år som var i poliklinisk behandling, fant at 76 % av foreldre-terapeut-barn-triaden ikke var enig om et felles problem hos barnet. Studien baserte seg på behandlingsstart og gjenspeiler hvor ulik oppfatning informanter kan ha av barnets symptomer, inkludert terapeuten. På denne måten ser man hvordan både behandlingsforløp og behandlingsresultat kan påvirkes ulikt, når foreldre, barnet og behandler ikke oppfatter barnets atferd og symptomer likt. I samme grad vil en oppfatning av hvilke diagnostiske kriterier barnet fyller, kunne variere mellom informantene.

Det er i dag derfor ønskelig innen både forskning og klinisk praksis å bruke en multiinformant tilnærming, der man innhenter informasjon fra flere informanter for å kartlegge barnets atferd og symptomer (for eksempel Stone, Otten, Engels, Vermulst & Janssens, 2010). Dette kan være foreldrene, lærere, klinisk helsepersonell eller observatører, og barnet selv. Videre i denne teksten vil begrepet ”barn” referere til barn og ungdom mellom 4 og 19 år.

## **1.1 Komorbiditet av emosjonelle vansker og atferdsproblemer**

I Norge er psykiske lidelser et utbredt problem blant barn og unge. Tall fra folkehelseinstituttet (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009) viser at så mange som 8 % av alle barn i Norge har symptomer som oppfyller diagnosekriterier for en psykisk lidelse. De hyppigste lidelsene blant barn og ungdom er angst, depresjon og atferdsforstyrrelser. For de fleste er symptomene forbigående, men 25 % til 40 % av barna med diagnostiserbare lidelser har symptomer som vedvarer i mange år. Det er viktig å fange opp de som trenger hjelp så tidlig som mulig, for å gi best mulig behandling.

Både forskning og klinisk praksis viser at mange barn i dag sliter med både eksternaliserende problemer som atferdsforstyrrelser og internaliserende problemer, som angst og depresjon. Forskning har vist at internaliserende og eksternaliserende problemer ofte opptrer sammen. For eksempel fant Polier, Vloet, Herpetz-Dahlmann, Laurens og Hodgins (2012) at 35% av barn og unge trukket fra en normalpopulasjon viste både internaliserende og eksternaliserende vansker. Forskerne fant også at komorbiditeten var enda høyere i et klinisk utvalg, der 78% av barna og ungdommene med eksternaliserende problemer i tillegg hadde internaliserende problemer. Ingoldsby, Kohl, McMahon og Lengua (2006) fant at eksternaliserende og internaliserende vansker viste en moderat stabilitet i overgangen fra barn til ungdom. Når de spurte ungdommene selv, fant de imidlertid at det var en tredobling av depressive symptomer fra 5. til 7. klasse. Resultatene viste også at de barna med lav skåre på både depressive symptomer og atferdsproblemer forble lave, mens barna med en høy skåre på atferdsproblemer eller depressive symptomer varierte i større grad over tid. De samme funnene ble også gjort tidligere av Capaldi (1992), der hun fant at atferdsvansker og depressive symptomer var relativt stabile fra 6.-8. klasse, og der atferdsvanskene viste noe større stabilitet i motsetning til de depressive symptomene.

Barn som sliter med både emosjonelle vansker og atferdsproblemer har vist seg å ha en dårligere prognose for bedring, sammenlignet med dem som bare har én av vanskene. Forskning viser at komorbiditet av emosjonelle vansker og atferdsproblemer er assosiert med lavere akademisk og sosial kompetanse (Capaldi, 1992; Ingoldsby et al., 2006). Komorbiditet mellom disse to typer vansker er også relatert til både flere og mer alvorlige

tilpasningsproblemer senere i livet, inkludert høyere grad av involvering med antisosiale jevnaldre og stoffmisbruk (Ingoldsby et al., 2006).

Flere nyere studier viser dermed til en sammenheng mellom emosjonelle vansker og atferdsproblemer, og at disse vanskene senere i livet kan føre til store utfordringer sosialt og akademisk. Det betyr at mange barn som blir henvist til psykologisk behandling sliter med én eller begge av disse typer vansker, og at vanskene potensielt kan påvirke hvordan barnet utvikler seg sosialt, emosjonell, psykologisk og akademisk (Capaldi, 1992; Ingoldsby et al., 2006; Kim-Cohen, Arseneault, Caspi, Tomás, Taylor & Moffitt, 2005; Polier et al, 2012). Derfor er det viktig å fange opp barna som trenger hjelp, og det er viktig å få kunnskap om hvordan ulike informanter rapporterer om akkurat disse problemene. Spesielt fordi emosjonelle vansker og atferdsproblemer er svært vanlig hos barn med psykiske vansker, er det interessant å se på hvordan foreldre, barn og lærer rapporterer om disse hver for seg.

## **1.2 Er det likheter mellom informanter i rapportering av emosjonelle vansker og atferdsproblemer?**

I en metaanalyse undersøkte Achenbach og kolleger (1987) hvordan lærere, foreldrene, kliniske observatører, og barnet selv rapporterte om barnets atferd og symptomatologi. Forskerne fant en gjennomsnittlig korrelasjon mellom foreldrenes og lærerens rapport på  $r = .28$ , og en gjennomsnittlig korrelasjon mellom barne- og voksenrapport på  $r = .22$ . Denne studien var svært omfattende, men det er usikkert om funnene gjelder i dag, tre tiår senere. Flere studier fra nyere forskning finner lignende tall på korrelasjoner (Arseneault et al., 2003; Arseneault, Kim-Cohen, Taylor, Caspi & Moffitt, 2005). Noen studier finner høyere korrelasjoner blant ulike informanter med korrelasjoner mellom  $r = .3$  og  $r = .6$  (Collishaw, Goodman, Ford, Rabe-Hekseth & Pickles, 2009; Youngstrom, Findling & Calabrese, 2003). Ifølge en nyere metaanalyse (De Los Reyes & Kazdin, 2005) finner de fleste studiene kun lave til moderate korrelasjoner mellom ulike informanter. Denne metaanalysen undersøker også hvilke faktorer som potensielt påvirker graden av samsvar mellom ulike informanter. Kunnskap om slike faktorer er viktig for å forstå forskjellene i rapporteringene.

### **1.2.1 Samsvar mellom voksne informanter og barn**

I studier som har sett på samsvar mellom voksne informanter og barn, finner de fleste at det er større samsvar mellom voksne som lærer og foreldre, enn mellom voksne informanter og barn. Som nevnt over fant Achenbach og kolleger (1987) at det var større enighet om barnets atferd mellom lærere og foreldre, enn mellom barnet og lærer henholdsvis foreldre. Deres studie viste altså gjennomsnittlig signifikant høyere korrelasjoner for samsvar mellom foreldre og lærere enn for samsvar mellom barn og foreldre eller barn og lærer.

Arseneault og kolleger (2003) fant lignende resultater, som peker i retning mot at det er større enighet mellom to voksne informanter sammenlignet med enighet mellom voksne og barn. Imidlertid finner noen studier ikke en slik forskjell mellom voksne og barn. For eksempel fant Collishaw og kolleger (2009) at samsvar mellom foreldre og lærer, og mellom foreldre og barnet var signifikant høyere enn samsvar mellom lærer og barnet. Goodman, Meltzer og Bailey (1998) fant for eksempel at samsvar mellom voksen informant (foreldre eller lærer) og barn ikke skiller seg signifikant fra samsvaret mellom to voksne informanter (foreldre og lærer).

Oppsummert synes det å være inkonsistente funn blant ulike studier som sammenligner samsvar mellom voksne og barneinformanter. Disse studiene varierer imidlertid i forhold til utvalg (normalutvalg eller klinisk utvalg), alderen til barna og hvilke måleinstrumenter som benyttes, og de er dermed vanskelige å sammenligne med hverandre.

### **1.2.2 Samsvar i henhold til ulike typer atferd**

Graden av samsvar ser ut til å variere i forhold til hvem som rapporterer (voksen eller barn) men også i forhold til hvilken atferd som observeres. Forskningsresultater viser at samsvar varierer avhengig av om man rapporterer om eksternaliserende atferd eller internaliserende atferd. Det vil si at informanter ser ut til å vise mer samsvar på rapporteringen av eksternaliserende problemer sammenlignet med rapportering av internaliserende problemer.

#### *Samsvar om eksternaliserende problemer*

Når begrepet ”eksternaliserende problemer” brukes i den foreliggende forskningslitteraturen omfatter det i hovedsak utagerende atferd. Herunder faller aggressiv og regelbrytende atferd,



impulsivitet, raseri og sinneutbrudd, antisosial atferd, mobbing og fiendtlighet samt hyperaktivitet (Achenbach, 1966).

Flere studier viser at det er større samsvar mellom informanter når de rapporterer om eksternaliserende vansker (Achenbach et al., 1987). For eksempel undersøkte Ablow og kolleger (1999) symptomer hos barn i alderen 4 til 8 år, rapportert av mødrene, lærere og barnet selv. Barna rapporterte om sin egen atferd gjennom intervju, mens mødre og lærere rapporterte via spørreskjema. De fant at barnas rapportering av eksternaliserende symptomer korrelerte høyt med mødrenes rapportering ( $r = .44$ ) og lærerens rapportering ( $r = .47$ ) sammenlignet med funn fra andre studier (se for eksempel Arseneault et al. 2003; Van der Meer, Dixon & Rose, 2008). I likhet med andre studier var samsvaret mellom de voksne høyest, da mødrenes og lærerens rapportering av eksternaliserende symptomer var høyere korrelert ( $r = .67$ ) enn samsvaret mellom lærer og barnet eller mellom mor og barnet. Et annet eksempel er Youngstrom og kolleger (2003) som fant at både foreldre, barn og lærer rapporterte mer likt om eksternaliserende problemer enn om internaliserende problemer. De beskriver at det var større forskjeller i rapportering i henhold til observert atferd enn mellom voksne og barn.

#### *Samsvar om internaliserende problemer*

Når begrepet ”internaliserende vansker” brukes i den foreliggende forskningslitteraturen omfatter det atferd eller symptomer knyttet til individets indre opplevelser, som emosjoner og tanker. Herunder faller depressive symptomer som ulykkelighetsfølelse, tristhet, bekymring, lav selvtillit, nervøsitet, redsel, samt kroppslige symptomer som hodepine eller magevondt (Achenbach, 1966).

Internaliserende symptomene kan, men trenger ikke nødvendigvis å gjenspeile seg i den ytre observerbare atferden, og kan dermed være vanskelig å observere for utenforstående. Som følge kan det være vanskeligere å rapportere om internaliserende vansker sammenlignet med eksternaliserende problemer, som i mye større grad kommer til uttrykk i observerbare handlinger (De Los Reyes & Kazdin, 2005).

Som nevnt over finner mange studier at samsvar for internaliserende atferd er lavere enn for eksternaliserende atferd på tvers av informanter (Achenbach et al, 1987; Goodman, Lamping & Ploubidis, 2010; Kolko & Kazdin, 1993; Youngstrom et al. 2002). Imidlertid peker

resultater fra flere studier i retning mot at samsvar om internaliserende atferd varierer ettersom hvilke informanter som rapporterer (foreldre, lærer eller barn). Ablow og kolleger (1999) fant at barnas rapportering om internaliserende problemer ikke var signifikant korrelert med lærers rapportering, men var moderat korrelert med mødrenes ( $r = .27$ ). Lærer og mødre viste moderat samsvar i rapportering ( $r = .34$ ) i motsetning til de høye korrelasjonene for eksternaliserende problemer som nevnt i forrige avsnitt. Youngstrom og kolleger (2003) fant også lavt samsvar mellom de ulike informantene fra en klinisk populasjon. På internaliserende problemer korrelerte foreldres rapport ( $r = .29$ ) og lærers rapport ( $r = .34$ ) lavt med barnas selvrappotering. Foreldre og lærer viste imidlertid moderat samsvar ( $r = .40$ ).

Oppsummert viser forskningsresultatene at det er større samsvar mellom informantene når det gjelder rapportering av eksternaliserende problemer sammenlignet med rapportering av internaliserende problemer.

### **1.2.3 Samsvar i henhold til barnets alder**

Forskningsfunn har vist at det er mer samsvar mellom informanter som rapporterer om barn i alderen 6 - 11 år, enn for informanter som rapporterer om barn i alderen 12 - 19 år (Achenbach et al., 1987). Van der Ende, Verhulst & Tiemeier (2012) fant derimot at samsvar mellom foreldre, lærere og barna øker med barnets alder, mens Van der Meer og kolleger (2008) ikke fant en sammenheng mellom barnets alder og samsvar mellom foreldre og barn. Slike inkonsistente funn kan i følge De Los Reyes & Kazdin (2005) muligens forklares ut fra ulikheten mellom utvalgene som sammenlignes. De mener at utvalgene i de ulike studiene varierer i for stor grad med hensyn til aldersspenn og med hensyn til hvordan aldersgruppene er inndelt, og at dette gjør det vanskelig å sammenligne de ulike funnene. På denne måten vil inkonsistente funn om samsvar mellom voksne og barn kunne skyldes ulike aldre i ulike studier. Til tross for slike ulike funn, fremstår forskere å være enige i at barn i alle aldre kan brukes som reliable informanter om seg selv, så fremt informasjonen innhentes ved hjelp av alderstilpassede instrumenter (Ablow et al. 1999; Arseneault et al., 2005; Becker et al., 2004).

### **1.2.4 Samsvar i henhold til barnets kjønn**

Metaanalysene til Achenbach og kolleger (1987) og til De Los Reyes og Kazdin (2005), samt studien til Van de Looij-Jansen, Jansen, de Wilde, Donker og Vermulst (2011), viste ingen

sammenheng mellom kjønn og samsvar mellom informantene. Ut fra deres studier hadde barnets kjønn ingen betydning for graden av samsvar i rapporteringen.

Oppsummert tyder forskningsresultatene som er beskrevet over på at samsvar mellom ulike informanter kun er lav til moderat. Mange studier har undersøkt noen faktorer som synes å variere sammen med samsvaret mellom barn, lærer og foreldre: hvem informantene er, barnets alder og kjønn og hvilken atferd som observeres. Imidlertid viser forskningsresultatene noe inkonsistente funn og så langt har man ikke kunnet trekke endelige konklusjoner om hvordan faktorene påvirker samsvaret (De Los Reyes & Kazdin, 2005).

## **1.3 Beskrivelse av forskjellene i symptomrapportering**

Det er av interesse å belyse hvordan forskningslitteraturen beskriver forskjellene i symptomskårene mellom informantene, fordi samsvaret i rapportering vil variere når én av informantene rapporterer flere symptomer hos barnet enn en annen informant gjør. Samsvaret vil være størst når to informanter rapporterer likt om hvilke symptomer som er tilstede og hvor sterke symptomene er. I følgende avsnitt oppsummeres noen resultater som beskriver hvem som rapporterer hvor mye symptomer hos hvilke barn.

### **1.3.1 Forskjeller mellom kjønn og type atferd**

I studien til Van der Meer og kolleger (2008) finner forskerne at foreldre rapporterer flere eksternaliserende problemer ved gutter enn ved jenter, og at gutter selv også rapporterer flere eksternaliserende problemer sammenlignet med jenter. For internaliserende vansker derimot beskriver jenter flere vansker enn foreldrene. Collishaw og kolleger (2009) fant lignende funn, der gutter skåret høyere på eksternaliserende vansker, sammenlignet med jenter. Kjønnsforskjellene var høyest på lærers rapportering om gutter sammenlignet med jenter. Forskjellene var moderate hos foreldre, og det ble funnet bare små forskjeller i selvrapporteringen mellom jenter og gutter. I samme studie skåret jentene høyere på emosjonelle vansker enn guttene. Her viste barna selv de høyeste kjønnsforskjellene, foreldre moderat og lærere minst.

I en studie av Van de Looij-Jansen og kolleger (2011) ble barns internaliserende problemer målt ved hjelp av selvrapportering på Short Depression Inventory og foreldre fylte ut Child Behaviour Checklist (CBCL). De fant at jenter rapporterte noe mer problemer enn guttene, og

begge kjønn rapporterte mer problemer enn foreldrene. Det interessante med denne studien var at denne forskjellen i rapportering ble funnet å være assosiert med selvrapporterte internaliserende problemer 3 år senere.

Oppsummert antyder forskningsresultatene som er beskrevet over at foreldre og lærere rapporterer en større forekomst av eksternaliserende problemer hos barnet enn barnet selv. På den andre siden viser disse studiene at barn ofte rapporterer flere internaliserende vansker sammenlignet med foreldrene og lærerne.

### **1.3.2 Forskjeller mellom klinisk utvalg og normalutvalg**

I studier hvor det brukes en klinisk og en ikke-klinisk gruppe, vil man forvente forskjell mellom gruppene i de rapporterte skårene. Den kliniske gruppen viser signifikant forhøyet symptomskåre sammenliknet med den ikke-henviste gruppen, for alle informantene (Ablow et al., 1999; Goodman et al. 1998; Woerner, Becker & Rothenberger, 2004).

Oppsummert rapporterer forskningsfunnene over dermed at det ofte er forskjell i symptomskårene ut fra hvilket kjønn barnet har og hvilken atferd som skåres, hvilken informant som rapporterer og om barnet er fra en klinisk eller en ikke-klinisk gruppe.

## **1.4 Formålet med denne oppgaven og forskningsspørsmål**

Det eksisterer mye forskning som har undersøkt forskjeller i rapportering mellom ulike informanter. Noen norske studier har undersøkt samsvar mellom foreldre og barn eller mellom foreldre og lærer som rapporterer på ”The Strengths and Difficulties Questionnaire” (SDQ) [Goodman, 2001], men det finnes kun få studier som belyser samsvar mellom både foreldre, lærer og barn som rapporterer om barnets atferd og symptomer på SDQ. Den foreliggende studien skal belyse forskjeller i foreldrenes, lærerens og barns rapportering på SDQ delskalaene ”emosjonelle vansker” og ”atferdsproblemer”. Som beskrevet tidligere viser forskning at disse to typer problemområder er blant de vanligste psykiske vanskene hos barn og at det foreligger en høy forekomst av komorbiditet mellom dem (Ingoldsby et al., 2006; Polier et al., 2011; Wolff & Ollendick, 2006). Barn som strever med et av problemene viser seg ofte å streve med det andre også. Denne studien vil kunne bidra til mer kunnskap

om forskjeller blant voksne informanter og barn som rapporterer om disse to typer vansker i et normalutvalg i Norge.

I de fleste studiene som har blitt gjennomført i Norge er barna som svarer på SDQ selvrapporteringsskjema minst 11 år eller eldre (se for eksempel Obel et al., 2006). Denne studien undersøker SDQ selvrapportering av barn som er mye yngre. Barna som har svart på selvrapporteringsskjema i denne studien var mellom 4 og 9 år. Denne studien vil kunne bidra med kunnskap om hvordan svært unge barn rapporterer om sin egen atferd og symptomer og ved hjelp av SDQ selvrapporteringsskjema.

Denne studien skal dessuten belyse hvor store forskjellene mellom de tre informantene på SDQ delskalaene "emosjonelle vansker" og "atferdsproblemer" er, og i hvilken retning de går ved å undersøke diskrepanser.

Vi er interessert i å undersøke følgende spørsmål og problemstillinger:

- 1a) Korrelerer rapporteringene på delskala "emosjonelle vansker" mellom
  - i) barn og foreldre?
  - ii) barn og lærer?
  - iii) foreldre og lærer?
- 1b) Korrelerer rapporteringene på delskala "atferdsvansker" mellom
  - i) barn og foreldre?
  - ii) barn og lærer?
  - iii) foreldre og lærer?
- 2a) Korrelerer diskrepansene på delskala "emosjonelle vansker" mellom
  - i) barn og foreldre?
  - ii) barn og lærer?
  - iii) foreldre og lærer?
- 2b) Korrelerer diskrepansene på delskala "atferdsproblemer" mellom
  - i) barn og foreldre?
  - ii) barn og lærer?
  - iii) foreldre og lærer?
3. Kan enkeltitem forklare potensielle forskjeller i 1a), 1b), 2a) og 2b)?

## 2 Metode

### 2.1 Design

I denne studien har vi benyttet data fra forskningsprosjektet ”The Matter of the First Friendship” (Vennskapsstudien), som ble gjennomført ved Psykologisk Institutt i Oslo i perioden 2006 til 2009. Prosjektet ble ledet av professor Anne Inger Helmen Borge i samarbeid med forskere fra Universität Bern (Sveits), Université du Québec   Montréal og Montréal Université de Montréal (Canada) og Queensland University of Technology Brisbane (Australia).

Formålet med ”Vennskapsstudien” var å undersøke hvordan vennskap mellom små barn kan beskytte mot utvikling av psykiske vansker og psykopatologi. Denne studien er en longitudinell, prospektiv, multimetodisk og multiinformant studie, der første datainnsamling var våren 2006 (T1). Data ble deretter samlet  rlig, henholdsvis våren 2007 (T2), våren 2008 (T3) og våren 2009 (T4). Innsamling av data ble gjennomført ved hjelp av spørreskjema, tester (hukommelsestest) og intervju. Informantene var barn og deres foreldre og barnehageansatte eller lærere.

Foreldrene ble kontaktet i barnehagen, der de mottok et brev med beskrivelse av studiens formål og metode. I barnehagen mottok de et informasjonsskriv og samtykke om deltagelse i studien for dem selv og barnet. Ansatte i barnehagen ble også forespurt om å delta i studien. Foreldrene gav informert skriftlig samtykke som de leverte i barnehagen eller sendte direkte til Psykologisk Institutt i en ferdig frankert konvolutt. Forskningsprosjektet ble finansiert av Norsk Forskningsråd, og er godkjent av Regional Etisk Komité for medisinsk forskningsetikk (REK Sør), Personvernombudet ved Universitetet i Oslo og Datatilsynet.

### 2.2 Deltagere

#### *Deltagere i vennskapsstudien*

Barna i studien ble rekruttert fra barnehager i kommunene Gran og Lunner i 2006. De to kommunene er representative for Norges befolkning, med unntak av storbyene. Det var til sammen 32 barnehager, der alle ønsket å delta. Barnehagene omfattet både private og offentlige (ca. 50% av hver), familiebarnehager med 4 til 8 barn, avdelingsbarnehager med to

avdelinger (ca. 20-30 barn) og store barnehager med mange avdelinger (over 100 barn). Det var også naturbarnehager, henholdsvis gårdsbarnehager og skogsbarnehager. Ved den første datainnsamling svarte 619 av til sammen 996 deltakere. Barna var da mellom 3 og 6 år.

I denne studien hadde vi tilgjengelig data fra siste innsamlingstidspunkt, hvor også barnas selvrapportering var inkludert. Det var først ved datainnsamlingen fjerde året at barna selv ble inkludert i studien gjennom intervju. Siste innsamlingstidspunkt hadde fullt datasett på 338 foreldreskjema, 462 lærerskjema og 123 barneintervjuer.

I vårt utvalg var det omtrent like mange jenter (53%) som gutter (47%), og barna var mellom 4 og 9 år med en gjennomsnittsalder  $M = 7,17$   $SD = 0.5$ . Blant foreldrerapportene var 91% mødre, 8% fedre og 1% fosterforeldre, der 62% var gifte og 28% samboere. Det var 91% av mødrene og 97% av fedrene som oppgav at de enten studerte eller var i fast arbeid.inntektene per år lå på  $M = 363\ 000$  kr for mor og  $M = 487\ 000$  kr for far. Blant lærerne var 52% kvinner og 48% menn. Det blir ikke rapportert om barn med syndrom, lære- eller språkvansker.

## 2.3 Instrument og målinger

### *Intervju og spørreskjema*

Barna i studien ble alle intervjuet av ansatte ved barnehager på Hadeland. Intervjuerne måtte på forhånd delta på kurs for å lære seg å utføre forskningsintervjuer. Kurset la blant annet vekt på reliabilitet og bevisstgjøring av adferd som kan påvirke hvordan barna svarer.

Kursmedlemmene fikk også se demonstrasjoner og øve seg med veiledning av kursledere. For å unngå effekter av at intervjuer hadde en relasjon til barnet, intervjuet de ansatte ikke barn fra barnehagen de selv arbeidet ved. En del av intervjuene ble også gjennomført av forskningsassistenter tilknyttet prosjektet. Ettersom de eldste barna begynte på skole, ble de intervjuet på sine respektive skoler.

Barneintervjuene bestod av ulike deler som målte blant annet atferd, familiebakgrunn og sosialt nettverk, og ble gjennomført som et strukturert intervju. I tillegg til barneintervjuene, ble det sendt ut spørreskjema til lærere og foreldre. Foreldrene fikk spørsmål om utdanning og sosioøkonomisk status, samt spørsmål relatert til psykologiske forhold om dem selv,

barnet og familiefungering. De barnehageansatte fikk en kortere versjon enn foreldrene, der det ble spurt om sosiale og psykologiske forhold ved barnet.

### *Atferdsproblemer*

Barns atferdsproblemer ble målt ved hjelp av 5 spørsmål fra "Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)" (Goodman, 2001). Foreldre og lærere besvarte fem spørsmål om barnets atferd (Har ofte raserianfall eller dårlig humør; Er om regel lydig, gjør vanligvis som de voksne ber om; Slåss ofte med andre barn eller mobber dem; Lyver eller jukser ofte; Stjeler hjemmefra, på skolen eller andre steder), på en 3-punkt ordinal skala fra "stemmer ikke", kodet '0', "stemmer ganske bra" (1) og "stemmer helt" (2). Barn besvarte på samme spørsmål om seg selv gjennom intervju. Disse ble summert til en gjennomsnittsskåre for hver informant, slik at høyere skåre indikerte mer atferdsproblemer. Range for hver informant var 0 til 5 for foreldre, 0 til 10 for lærere og 1 til 8 for barna. Cronbach's alpha viser at reliabiliteten er moderat for foreldre ( $\alpha = .57$ ,  $N = 331$ ) og barn ( $\alpha = .56$ ,  $N = 119$ ), og god for lærere ( $\alpha = .81$ ,  $N = 453$ ).

### *Emosjonelle vansker*

Barns emosjonelle vansker ble også målt ved hjelp av 5 spørsmål fra "Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)" (Goodman, 2001). Foreldre og lærere besvarte fem spørsmål om barnets atferd (Er ofte lei seg, nedfor eller på gråten; Er nervøs eller klengete i nye situasjoner eller lett utrygg; Klager ofte over hodepine, vondt i magen eller kvalme; Er redd for mye eller lettskremt; Har mange bekymringer eller virker ofte bekymret), på samme 3-punkt ordinal skala som på atferdsproblemer. Barn besvarte på samme spørsmål om seg selv gjennom intervju. Disse ble summert til en gjennomsnittsskåre for hver informant, slik at høyere skåre indikerte mer emosjonelle vansker. Range for hver informant var 0 til 5 for foreldre, 0 til 10 for lærere og 0 til 10 for barna. Cronbach's alpha viser at reliabiliteten er moderat til lav for foreldre ( $\alpha = .44$ ,  $N = 335$ ) og barn ( $\alpha = .50$ ,  $N = 119$ ). For lærere er den god ( $\alpha = .75$ ,  $N = 452$ ).



## 2.4 Analyser

Analyser av data i denne studien ble gjort i IBM PAWS statistics versjon 20. Missing ble håndtert ved å benytte missing pairwais analyses by analyses.

### 2.4.1 Preliminære analyser

Før vi satte i gang med å analysere dataene for å besvare forskningsspørsmålene, gikk vi i gang med å undersøke fordelingen på delskalaene og studerte disse for hver av informantene (se appendix 1). For både lærer og foreldre var normalfordelingen på sumskårene forskjøvet mot venstre (se tabell 1), det vil si flest voksne rapporterte på symptomer hos barna. Dette kan forklares av at barna i utvalget var fra normalpopulasjon og ikke en klinisk populasjon, og instrumentet (SDQ) er utviklet for å fange opp symptomer.

Tabell 1.

*Skewness og kurtosis for delskala emosjonelle vansker og delskala atferdsproblemer for hver informant*

|                 | Emosjonelle vansker |      |       | Atferdsproblemer |      |       |
|-----------------|---------------------|------|-------|------------------|------|-------|
|                 | Foreldre            | Barn | Lærer | Foreldre         | Barn | Lærer |
| <b>Skewness</b> | 1.39                | 0.78 | 2.52  | 1.78             | 1.16 | 3.45  |
| <b>Kurtosis</b> | 1.16                | 0.38 | 8.33  | 2.51             | 1.42 | 14    |

For diskrepanskårene var normalfordelingen bare i liten grad skjev, da ingen verdier overskred -1 og 1. Kurtosis ble også undersøkt her, men i følge Howitt & Cramer (2008) har den ingen betydning for statistiske analyser.

Da ikke alle skalaene er helt lineære (se appendiks 2), valgte vi å undersøke om funnene endret seg dersom vi anvendte en ikke-parametrisk korrelasjonsanalyse (Spearman's rho). Når man sammenlignet Spearman's rho med Pearson's korrelasjonskoeffisient viste det seg de samme assosiasjonene. For eksempel var korrelasjonen mellom lærer og foreldre på emosjonell skala bare 0.01 lavere med Pearson's sammenlignet med Spearman's. Spearman's korrelasjonen mellom lærer og barn på delskala atferdsproblemer var 0.1 lavere sammenlignet med Pearson's. For diskrepansskårene mellom foreldre-lærer og barn-foreldre skilte Spearman's seg 0.02 fra Pearson's. Resultatene støtter robustheten av parametriske tester, og vi valgte derfor å anvende Pearson's på råskårene.

Vi oppdaget litt høyere skårer hos lærere på ett item på hver av delskalaene, men skårene var ikke høye nok til å kunne defineres som utliggere. Det overordnede bildet var at sumskårene var normalfordelte.

### **2.4.2 Statistiske analyser**

Vi ønsket å undersøke samsvaret mellom foreldres, lærers og barnas rapportering på hver delskala. Vi undersøkte først gjennomsnittsskårer for hver delskala, og deretter kjønnsforskjeller. Vi anvendte T-test (independent samples test, two-tailed) for å undersøke om det var signifikant forskjeller mellom informantenes gjennomsnittsskårer, og om det var signifikant kjønnsforskjell i rapporteringen fra hver informant. Deretter gjorde vi en bivariat korrelasjonsanalyse for hver informant på hver delskala. Barnas selvrappotering ble sammenlignet med foreldres rapportering og lærerens rapportering, og lærerrapport ble sammenlignet med foreldrerapport.

Videre ønsket vi å undersøke diskrepanser mellom de ulike informantpar. Fremgangsmåten vi brukte for å lage diskrepanssskårer er beskrevet av Reidler og Swenson (2012). Vi laget diskrepansvariabler ved å trekke foreldrenes sumskårer fra barns sumskårer, lærerens sumskårer fra barnas sumskårer, og lærerens sumskåre fra foreldrenes sumskåre, på hver av delskalaene. Slik vi fikk tre diskrepanssskårer på hver delskala. Diskrepanssskåren vil ha en positiv eller en negativ verdi. For eksempel vi en positiv verdi for diskrepansen mellom barn og foreldre indikere at barn rapporter flere vansker enn foreldre. En negativ verdi på denne diskrepanssskåren vil indikere at barn rapporterer færre vansker enn foreldrene. Videre korrelerte vi diskrepansene med Pearson`s korrelasjon, på hver delskala.

Videre ønsket vi å undersøke potensielle forskjeller nærmere på item-nivå på hver delskala. For å gjøre dette dikotomiserte vi svarene om symptomrapportering på hver av de fem spørsmålene i delskalaene emosjonelle vansker og atferdsproblemer. Vi valgte å gruppere svarene ”stemmer ikke” i en gruppe kalt ”ingen symptom”, og svarene ”stemmer bra” og ”stemmer helt” til en egen gruppe kalt ”symptom tilstede”. Vi så deretter på hvordan fordelingen av besvarelsene var mellom informantene.

## 3 Resultater

### 3.1 Deskriptive data for emosjonelle vansker og atferdsproblemer

#### 3.1.1 Gjennomsnittsskårene for delskalaene

Tabell 2 viser gjennomsnittsskårene for atferdsproblemer og emosjonelle vansker hos barn, rapportert av barn, foreldre og lærere. Skårene viser at barns selvrapport av emosjonelle vansker er høyere sammenlignet med foreldre- og lærerrapporterte vansker. Foreldre og lærere rapporterer like mye emosjonelle vansker hos barn. Tabellen viser også at barna selv rapporterer flere atferdsproblemer enn foreldre og lærere gjør, og at lærere og foreldre rapporterer like mye atferdsproblemer hos barn. De deskriptive analysene vist i tabell 2 viser at barna rapporterer mer enn dobbelt så mye emosjonelle vansker som atferdsproblemer.

Tabell 2.

*Gjennomsnittsskåre (M), standardavvik (SD) og N for hver delskala og informant*

| SDQ delskala        | Informant | N   | M     | SD   |
|---------------------|-----------|-----|-------|------|
| Emosjonelle vansker | Foreldre  | 338 | 0,78  | 1,11 |
|                     | Barn      | 123 | 3,58* | 2,04 |
|                     | Lærer     | 462 | 0,77  | 1,46 |
| Atferdsproblemer    | Foreldre  | 338 | 0,58  | 1,01 |
|                     | Barn      | 123 | 1,54* | 1,66 |
|                     | Lærer     | 463 | 0,53  | 1,33 |

*Note:* \*  $p < .001$  (independent samples T-test two-tailed, for forskjeller mellom informantene)

### 3.1.2 Kjønnforskjeller

Tabell 3 viser gjennomsnittsskårer for jenter og gutter på delskala ”emosjonelle vansker” og delskala ”atferdsproblemer” rapportert av foreldre, lærer og barn. Resultatene viser at alle tre informanter rapporterer like mye emosjonelle vansker hos jenter som hos gutter. Tabellen viser også at gutter selv rapporterer like mye atferdsproblemer som jenter, og foreldrene rapporter like mye atferdsproblemer for begge kjønn. Resultatene viser derimot en kjønnforskjell i lærerens rapportering for atferdsproblemer: lærere rapporterer mer enn dobbelt så mye atferdsproblemer for gutter som for jenter.

Tabell 3.

*Gjennomsnittsskåre (M), standardavvik (SD) for emosjonelle vansker og atferdsproblemer fordelt på kjønn*

|                  |        | Jenter    |           |            | Gutter    |           |            |
|------------------|--------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|------------|
|                  |        | Jenter    | Foreldre  | Lærer      | Gutter    | Foreldre  | Lærer      |
| Emosjon. vansker | M (SD) | 3,6 (2,1) | 0,9 (1,1) | 0,8 (1,6)  | 3,6 (2,0) | 0,7 (1,1) | 0,7 (1,3)  |
| Atferdsproblemer | M (SD) | 1,4 (1,5) | 0,5 (0,9) | 0,3* (0,8) | 1,6 (1,8) | 0,7 (1,1) | 0,8* (1,7) |

*Note:* \*  $p < .001$  (independent samples test, two-tailed for kjønnforskjell i rapportering for hver informant)

## 3.2 Assosiasjoner mellom emosjonelle vansker og atferdsproblemer

Tabell 4 viser korrelasjoner for foreldre, lærer og barn for rapportering om barnets emosjonelle vansker og atferdsproblemer.

### *Emosjonelle vansker*

Resultatene viser lav grad av samhörighet mellom lærerobservasjoner og foreldreobservasjoner om barns emosjonelle vansker. Korrelasjonene mellom barnerapportering og foreldrerapportering, og mellom lærerrapportering og barnerapportering om barns emosjonelle vansker var ikke signifikante.

### *Atferdsproblemer*

Resultatene viser lav samhörighet mellom lærerobservasjoner og foreldreobservasjoner om barns atferdsproblemer, og en moderat samhörighet mellom lærerobservasjoner og barneobservasjoner om barns atferdsproblemer. Korrelasjonen mellom foreldrerapportert og barnerapportert atferdsproblemer er derimot ikke signifikant.

Tabell 4.

*Korrelasjoner mellom foreldrenes, barnets og lærerens rapportering på hver delskala.*

| SDQ delskala        | Informant  | 1     | 2     | 3    | 4     | 5     |
|---------------------|------------|-------|-------|------|-------|-------|
| Emosjonelle vansker | 1 Foreldre | 1     |       |      |       |       |
|                     | 2 Barn     | .04   | 1     |      |       |       |
|                     | 3 Lærer    | .13*  | .16   | 1    |       |       |
| Atferdsproblemer    | 4 Foreldre | .30** | -.07  | -.08 | 1     |       |
|                     | 5 Barn     | -.03  | .40** | .22* | .08   | 1     |
|                     | 6 Lærer    | .02   | .01   | .22* | .17** | .29** |

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ .

### *Korrelasjoner mellom emosjonelle vansker og atferdsproblemer*

Vi finner moderat samhörighet mellom observerte atferdsproblemer og emosjonelle vansker, når det ble rapportert av samme informant.

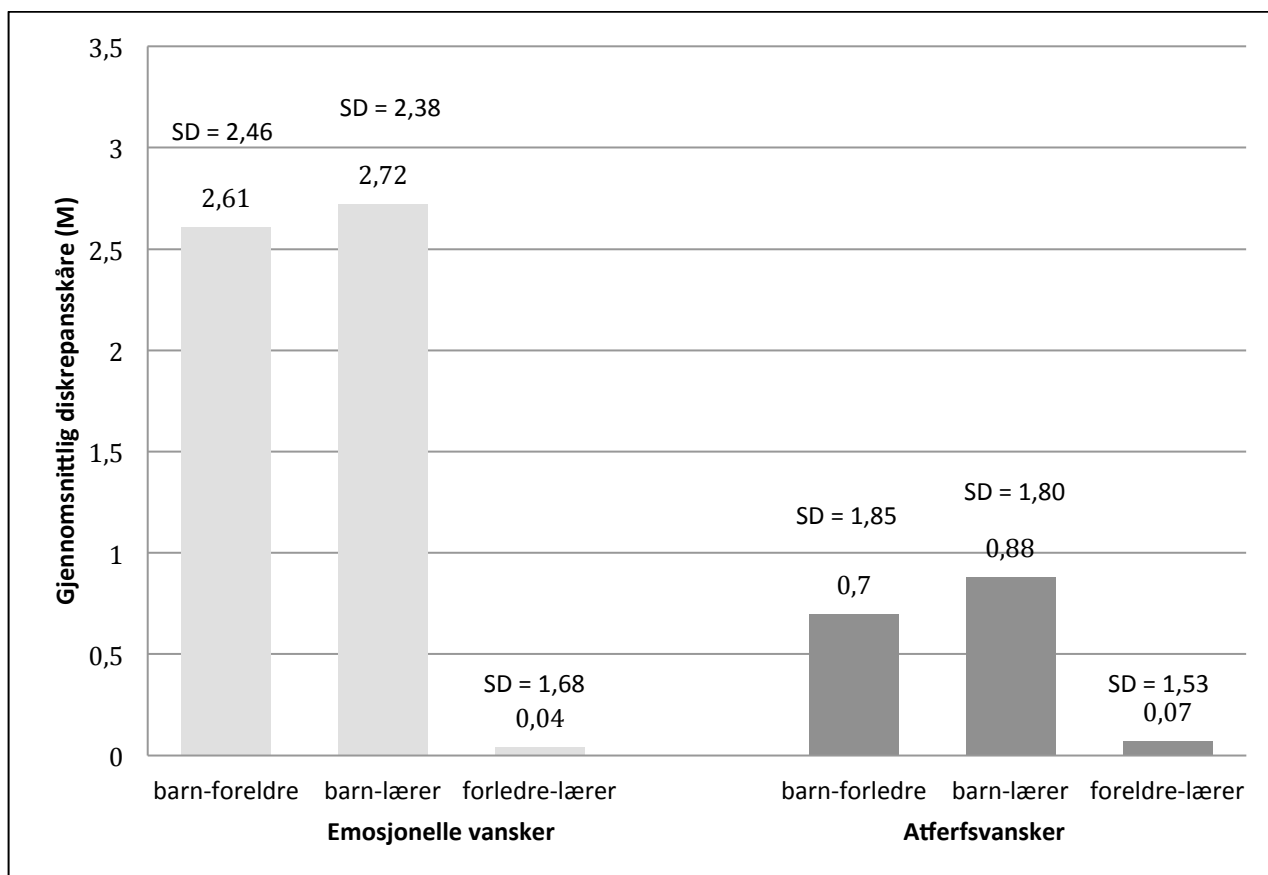
Kort oppsummert finner vi et lignende korrelasjonsmønster for begge delskalaene.

Resultatene viser ingen samhörighet mellom barnas og foreldrenes rapportering om både atferdsproblemer og emosjonelle vansker. Videre finner vi kun lav samsvar mellom begge voksne informantenes rapport om både barns atferdsproblemer og emosjonelle vansker.

Resultatene viser ingen samsvar mellom barnas og lærerens observasjoner om emosjonelle vansker, mens vi finner et moderat samsvar for disse to informanter om atferdsproblemer.

### 3.3 Deskriptive data for diskrepansskårene

Diskrepansanalysen viser at barn gjennomsnittlig rapporterer flere emosjonelle vansker enn foreldrene og lærere. Foreldrene rapporterer gjennomsnittlig like mye emosjonelle vansker som lærere. Videre indikerer diskrepansskårene at barn rapporterer gjennomsnittlig litt flere atferdsproblemer enn foreldre og lærere. Foreldrene rapporterer gjennomsnittlig like mye atferdsvansker som lærere.



Figur 1. Gjennomsnittlig diskrepanssskårer (M) og standardavvik (SD) for foreldre, lærer og barn for rapportert emosjonelle vansker og atferdsproblemer

Resultatene viser at det foreligger større diskrepanser for delskalaen emosjonelle vansker enn for delskalaen atferdsproblemer når barn og en voksen informant sammenlignes (for diskrepansene barn-lærer og barn-foreldre). Når det sammenlignes voksen med voksen informant (diskrepansskåre foreldre-lærer) finner vi ingen forskjeller på begge delskalaene.

### 3.4 Assosiasjoner for diskrepansskårene

Tabell 5 viser Pearsons korrelasjoner mellom diskrepansskårene barn-foreldre, barn-lærer og foreldre-lærer.

#### *Emosjonelle vansker*

Resultatene viser moderate til høye assosiasjoner for alle tre diskrepansskårene for rapportering av emosjonelle vansker. Forskjellen i gjennomsnittsskårene for barn-lærer-rapport er høyt positivt korrelert med tilsvarende forskjell mellom barn-foreldre-rapport, for emosjonelle vansker. Derimot er diskrepansen mellom foreldre-lærer-rapport negativt moderat korrelert med diskrepansen for barn-foreldrerapport, og positivt moderat korrelert med barn-lærer-diskrepans.

#### *Atferdsproblemer*

Resultatene viser moderate til høye assosiasjoner for alle tre diskrepansskårene for rapportering av atferdsproblemer. Forskjellen i gjennomsnittsskårene for barn-lærer-rapport er høyt positivt korrelert med tilsvarende forskjell mellom barn-foreldre-rapport, for atferdsproblemer. Derimot er diskrepansen mellom foreldre-lærer-rapport negativt moderat korrelert med diskrepansen for barn-foreldrerapport, og positivt moderat korrelert med barn-lærer-diskrepans.

Tabell 5.  
*Korrelasjoner mellom diskrepansene for barn-foreldre, barn-lærer, foreldre-lærer.*

| SDQ delskala        |                    | 1      | 2     | 3      | 4      | 5     |
|---------------------|--------------------|--------|-------|--------|--------|-------|
| Emosjonelle vansker | 1 Barn - Foreldre  | 1      |       |        |        |       |
|                     | 2 Barn - Lærer     | .70**  | 1     |        |        |       |
|                     | 3 Foreldre - Lærer | -.37** | .41** | 1      |        |       |
| Atferdsproblemer    | 4 Barn - Foreldre  | .50**  | .20   | -.39** | 1      |       |
|                     | 5 Barn - Lærer     | .40**  | .29** | -.14   | .68**  | 1     |
|                     | 6 Foreldre - Lærer | -.14   | .11   | .31**  | -.42** | .38** |

Note: \*\*  $p < .01$ .

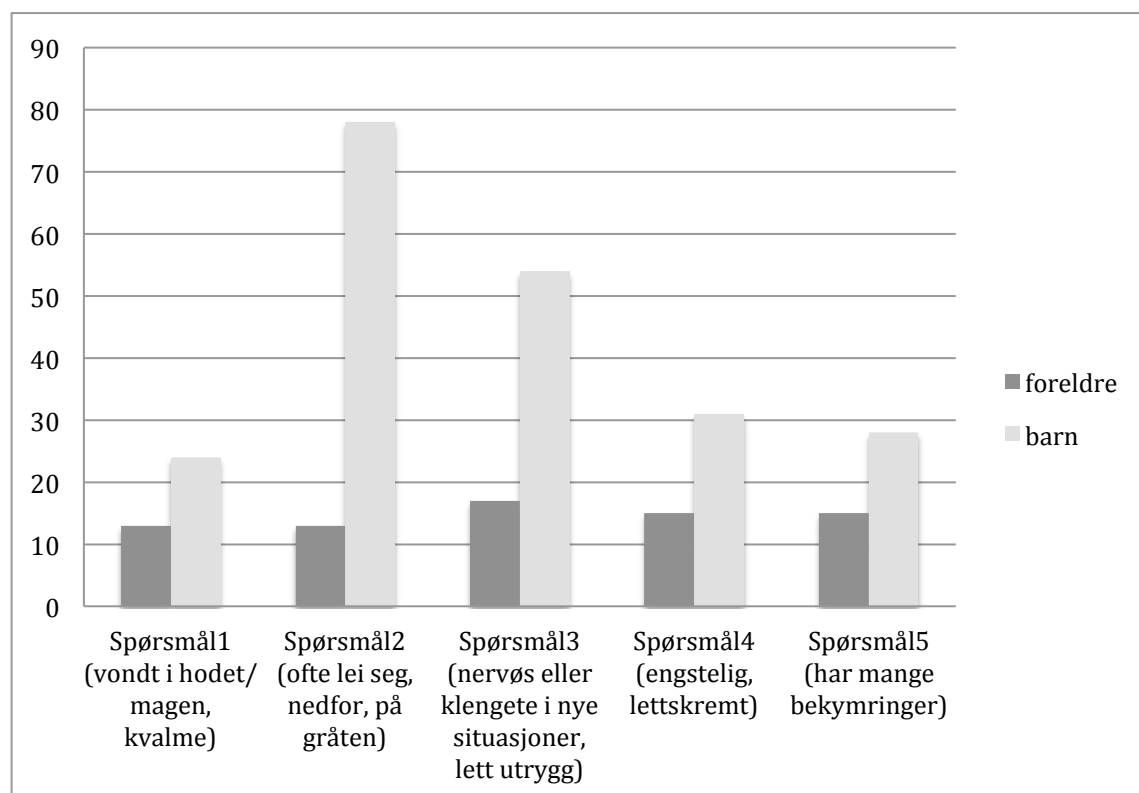
Oppsummert viser resultatene høye korrelasjoner mellom diskrepansskårene som sammenligner barn-lærer med barn-foreldre for både rapportering av emosjonelle vansker og atferdsproblemer. Resultatene viser moderate korrelasjoner for diskrepanser som

sammenligner barn-lærer eller barn-foreldre med foreldre-lærer for både rapportering av emosjonelle vansker og atferdsproblemer. Oppsummert kan dette bety at det er lite samsvar mellom barns rapport av både emosjonelle vansker og atferdsproblemer og voksenes rapport av barnets emosjonelle vansker og atferdsproblemer, uavhengig om det er lærer eller foreldre som rapporterer.

## 3.5 Analyse av enkeltitem

### 3.5.1 Emosjonelle vansker

Figur 2 viser antall foreldre og antall barn som rapporterer ”symptomet tilstede” for hvert enkelt spørsmål på delskalaen emosjonelle vansker.



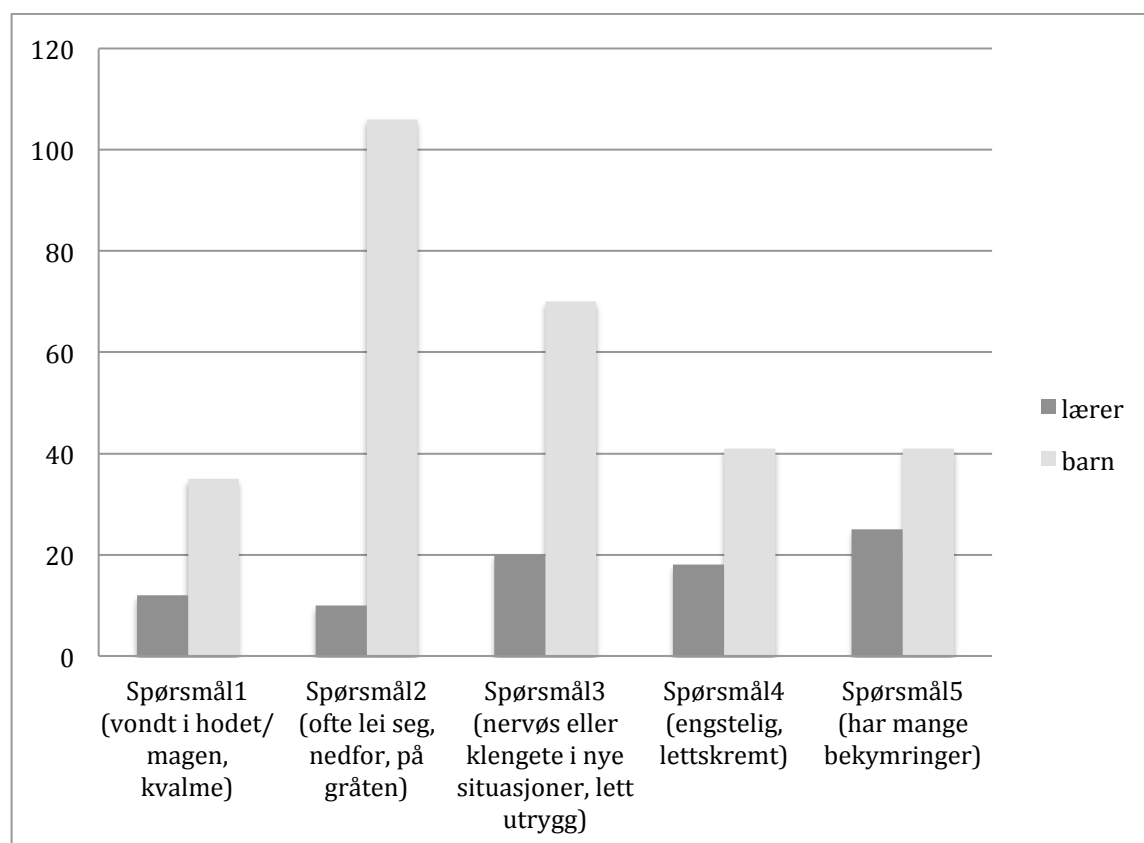
Figur 2. Antall (N) barn og foreldre som rapporterer ”symptom tilstede” på de fem spørsmål på delskala emosjonelle vansker, N=86.

Resultatet viser at dobbelt så mange barn som foreldre rapporterer at barnet har det gjeldene symptomet på spørsmål 1, 4 og 5 (se figur 2). Videre finner vi at 78 barn svarer på spørsmål 2 at de opplever symptomet (”ofte er lei seg, nedfor eller på gråten”), mens kun 13 av foreldrene sier det samme om barnet på dette spørsmålet. Dessuten viser resultatet at 54 barn



sier at de ofte er ”nervøse og klengete i nye situasjoner eller lett utrygg” (spørsmål 3), mens kun 17 av foreldrene rapporterer det samme om barnet.

Figur 3 viser antall lærere og antall barn som rapporterer symptomet tilstede for hvert enkelt spørsmål på delskalaen emosjonelle vansker.



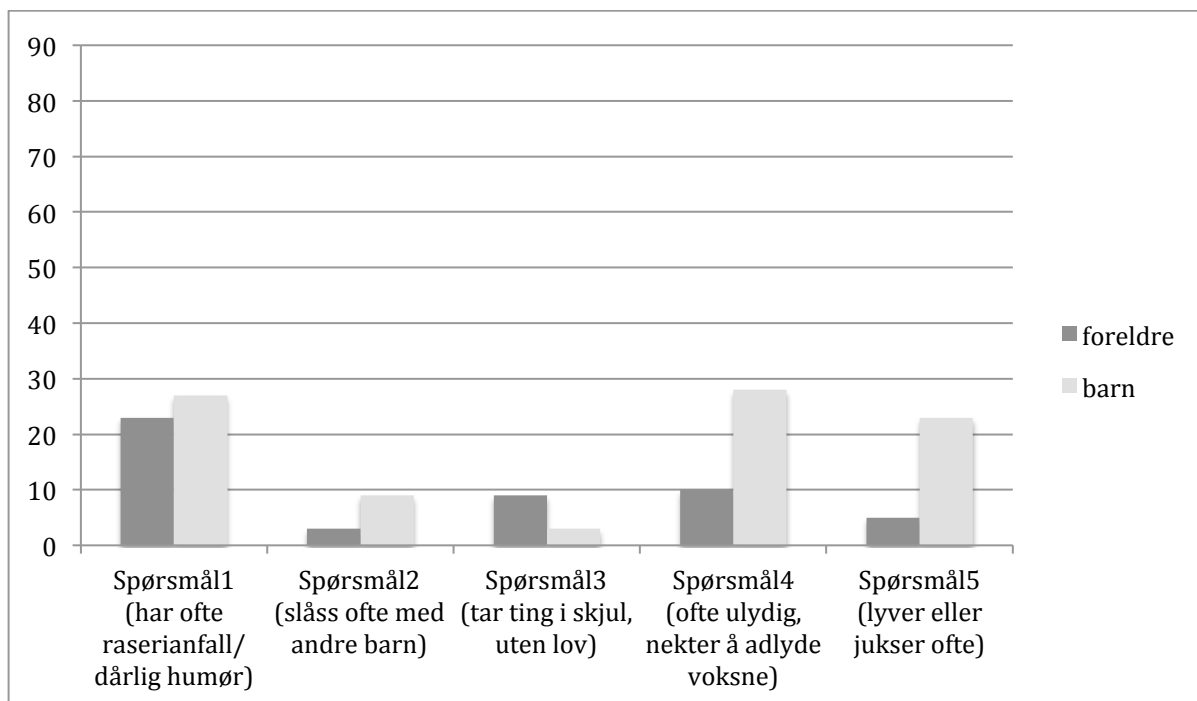
Figur 3. Antall barn og lærer som rapporterer ”symptom tilstede” på hvert spørsmål på delskala emosjonelle vansker, N=116

Resultatet viser at omtrent dobbelt så mange barn som lærere rapporterer det gjeldende symptomet på spørsmål 1, 3, 4, og 5 (se figur 3). På spørsmål 2 svarer 106 barn at de ofte er lei seg, nedfor eller på gråten, mens kun 10 av lærerne sier det samme om barnet.

Oppsummert finner vi at mange flere barn enn voksne rapporterer at de opplever symptomet for hvert enkelt item som inngår i delskala ”Emosjonelle vansker”, men spesielt for spørsmål 2 (”ofte er lei seg, nedfor eller på gråten”) er antallet barn som rapporterer symptomet mye større enn antallet voksne som rapporterer symptomet tilstede hos barnet.

### 3.5.2 Atferdsproblemer

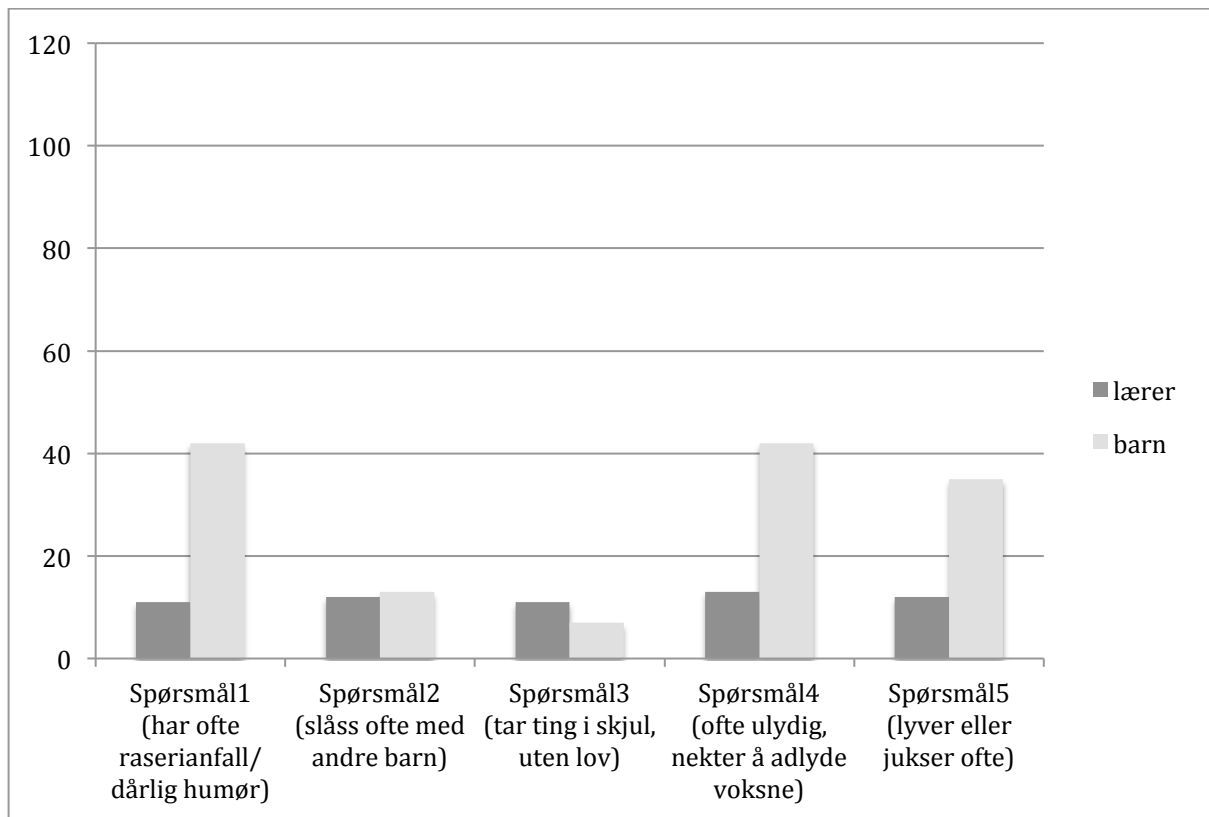
Figur 4 viser antall foreldre og antall barn som rapporterer symptom tilstede på for hvert enkelt spørsmål på delskala atferdsproblemer.



Figur 4. Antall barn og foreldre som rapporterer ”symptom tilstede” på hvert spørsmål på delskala ”Atferdsproblemer”, N=86.

Resultatene viser at flere barn enn foreldre rapporterer symptom tilstede på spørsmål 1, 2, 4 og 5 (se figur 4). På spørsmål 3 (”tar ting i skjul, uten lov”) rapporterer flere foreldre symptomet tilstede enn barna selv.

Figur 5 viser antall barn og lærere som rapporterer symptom tilstede for hvert enkelt spørsmål på delskala atferdsproblemer.



Figur 5. Antall barn og lærere som rapporterer "symptom tilstede" på de fem spørsmål på delskala atferdsproblemer, N=116.

Resultatene viser at 3 - 4 ganger så mange barn som lærere rapporterer symptomet tilstede på spørsmål 1, 4, og 5 (se figur 5). Resultatene viser også at like mange barn som lærere rapporterer symptom tilstede på spørsmål 2 ("slåss ofte med andre barn"). På spørsmål 3 ("tar ting i skjul, uten lov") rapporterer noen flere lærere enn barn at symptomet er tilstede hos barnet.

Oppsummert finner vi at flere barn enn voksne rapporterer at symptomet er tilstede for hver av de fem spørsmålene som inngår i delskala atferdsproblemer, med unntak av spørsmål 3 ("tar ting i skjul, uten lov") hvor forholdet er omvendt og flere voksne enn barn rapporterer symptomet.

## 4 Diskusjon

Denne oppgaven undersøker forskjellene i barns, foreldrenes og lærerens rapportering av barns emosjonelle vansker og atferdsproblemer målt med SDQ.

Vi fant fem hovedfunn som kort oppsummert er følgende:

1. Barn rapporterer flere emosjonelle vansker og atferdsproblemer enn de voksne informantene. Foreldrene rapporterer like mye vansker som lærere.
2. Lærere rapporterer mer enn dobbelt så mye atferdsproblemer for gutter som for jenter. Ingen slik kjønnsforskjell ble funnet for foreldre og barn.
3. Samsvar mellom informantene er lav til moderat. Lavest samsvar finner vi mellom foreldre og barna på begge delskalaer. Vi finner moderat samsvar mellom barn og lærer på delskalaen atferdsproblemer.
4. Diskrepansskårene er størst mellom voksen informant og barn, og de er større på delskala "emosjonelle vansker" enn på delskala "atferdsproblemer".
5. Flere barn enn voksne rapporterer symptomet tilstede på spørsmål 2 ("ofte lei seg, nedfor eller på gråten") på delskala "emosjonelle vansker".

Alle hovedfunn vil bli diskutert nedenfor.

### 4.1 Forskjeller i gjennomsnittsskårer på emosjonelle vansker og atferdsproblemer rapportert av barn, foreldre og lærere

#### 4.1.1 Barn rapporterer flere emosjonelle vansker og atferdsproblemer enn voksne

Resultatene i denne studien viser at foreldre rapporterer like mye emosjonelle vansker og atferdsproblemer hos barnet som lærere. Dette er i samsvar med tidligere forskning (Kolko & Kazdin, 1993; Muris, Meesters & van den Berg, 2003). Studien viste videre at barn rapporterer flere emosjonelle vansker og flere atferdsproblemer enn både foreldre og lærere. Disse funnene er i samsvar med tidligere forskning som også har benyttet SDQ som mål på barns atferd både nasjonalt og internasjonalt (Heiervang et al., 200; Obel et al., 2004; Van

Roy, Groholt, Heyerdahl & Clench-Aas, 2010; Wichstrøm, Berg-Nielsen, Angold, Egger, Solhem & Sveen, 2011). Det er allikevel variasjon i hvor store forskjeller man finner i rapport mellom voksne og barn (Becker et al., 2004). Det kan være forskjellige forklaringer for hvorfor man finner rapporteringsforskjeller mellom barn og voksne. En mulig forklaring kan være at barn, foreldre og lærere rapporterer ulikt med hensyn til hvor omfattende vansken er. Man kan tenke seg at barn muligens tenker på både små og store vansker når de rapporterer, mens de voksne refererer til mer omfattende vansker, når de rapporterer om barnets emosjonelle vansker og atferdsproblemer. For eksempel fant Van Roy og kolleger (2010) i sin studie at barn rapporterer mer vansker enn foreldrene, men uttrykker samtidig å ikke være mye plaget av vanskene. Foreldre derimot rapporterer mindre vansker enn barna, men oppgir samtidig å være mer plaget av at barnet har disse vanskene. Forskerne forklarer at dette kan bety at barn opplever mange vansker, men at vanskene synes å være innenfor en toleranseramme som barnet opplever å mestre.

En annen mulig forklaring for rapporteringsforskjeller mellom barn og voksne kan være at ulike studier har basert resultatene på svært ulike utvalg. For eksempel, kan hvor store forskjeller man finner mellom barn og voksne, være avhengig av om man undersøker barn fra et normalutvalg eller fra et klinisk utvalg. Forskning viser at i et klinisk utvalg rapporterer foreldrene flere vansker enn barna og lærere, og foreldre rapporterer flere emosjonelle vansker enn atferdsproblemer (Becker et al., 2004). Flere studier viser imidlertid at når man undersøker vansker i et normalutvalg rapporterer barn flere vansker (Goodman, Ford, Simmons, Gatward & Meltzer, 2000; Obel et al., 2004). Resultatene fra vår studie synes å støtte dette funnet om at barn rapporterer flere vansker sammenlignet med lærer og foreldre.

#### **4.1.2 Er det kjønnsforskjeller mellom gutter og jenter når man rapporterer om emosjonelle vansker og atferdsproblemer?**

Resultatene i denne studien viste videre at det var ganske store kjønnsforskjeller mellom gutter og jenter. Det vil si at når vi spurte lærerne, rapporterte de mer enn dobbelt så mye atferdsproblemer for gutter, som for jenter. Det interessante var at en slik kjønnsforskjell ikke var tilstede når vi spurte foreldrene eller barna selv. Det er svært mye forskning som har vist at det er betydelige forskjeller mellom gutter og jenter, både i rapportering av atferdsproblemer (Van der Meer et al., 2008) og emosjonelle vansker (Muris, Meesters, Eijkelenboom & Vincken, 2004; Van de Looij-Jansen et al., 2011). Det er allikevel også flere

studier som ikke finner en slik forskjell mellom gutter og jenter, og dette kan for eksempel skyldes at de benytter ulike informanter (for eksempel Woerner et al, 2004). Funnene våre samsvarer for eksempel med en studie av Collishaw og kolleger (2009) hvor forskerne fant at lærere rapporterte flere atferdsproblemer for gutter enn for jenter.

For foreldrenes rapport og barnas selvrappport fant vi ikke en signifikant kjønnsforskjell, men gjennomsnittsskårene for foreldrenes og barnas rapportering av begge typer vansker antyder at også foreldre og barn rapporterer flere atferdsproblemer for gutter enn for jenter, og samtidig flere emosjonelle vansker for jenter enn for gutter.

Det er ulike forklaringer som potensielt kan forklare de observerte funnene. Vi undersøkte et normalutvalg hvor de fleste barn ikke opplever symptomer i det hele tatt og dermed blir det rapportert få vansker totalt sett. Dette kan ha sammenheng med at vi ikke finner kjønnsforskjeller, men kun tendenser som peker i samme retning som annen forskning. Det kan også tenkes at den sosiale konteksten som barnet og de voksne (lærer eller foreldre) befinner seg i, kan påvirke hvordan foreldre eller lærere rapporterer om barns vansker og symptomer. For eksempel kan man tenke seg at i en skoleklasse hvor det er mange barn med betydelige atferdsproblemer, vil et barn som bare har lettere atferdsproblemer, bli vurdert som å være mer ”normal”. Det samme barnet ville kanskje bli vurdert til å vise store atferdsproblemer i en klasse med veldig få eller ingen andre barn med store atferdsproblemer. Phillips og Lonigan (2010) viste i sin studie at sosial kontekst påvirker hvordan lærere observerer barnet, og dermed også funnene. Forskerne fant at når lærere rapporterer om et barns atferd, så viser de en tendens til å sammenligne dette barnet med andre barn.

Man kan også tenke seg at i en skolekontekst, vil atferdsproblemer komme tydeligere frem. Situasjoner hvor barnet stilles høye krav til om å følge regler og beskjeder, hvor barnet må dele den voksnes oppmerksomhet med mange andre barn, og hvor barnet må forholde seg til (dele, vente på tur, ta hensyn til) mange jevnaldre som del i en gruppe er typiske for skolehverdagen og man kan kanskje tenke seg at aggressiv og regelbrytende atferd (som målt med delskalaen atferdsproblemer) kommer tydeligere og hyppigere frem i slike situasjoner enn for eksempel hjemme. Det kan derfor være lettere for lærere å observere atferdsproblemer hos barn enn det er for foreldrene. Altså, foreldre observerer barnet i hjemmet, en helt annen kontekst, med mindre krav om å følge regler eller å forholde seg til jevnaldre, som den vi finner på skolen.

## 4.2 Assosiasjoner mellom rapportering av emosjonelle vansker og atferdsproblemer

Resultatene fra denne studien viste at det var moderat samsvar (med korrelasjoner mellom  $r = .13$  og  $r = .29$ ) mellom ulike informanter og dette stemmer godt med en av de mest robuste funn i dette forskningsfeltet (for eksempel Achenbach et al., 1987; De Los Reyes & Kazdin, 2005). Det finnes også forskning som undersøker spesifikt samsvar mellom foreldre, lærer og barn som rapporterer på SDQ. For eksempel fant Stone og kolleger (2010) i sin metaanalyse av studier som undersøker foreldre- og lærerrapportering på SDQ en gjennomsnittlig foreldre-lærer korrelasjon på  $r = .28$  for emosjonell delskala og en gjennomsnittlig foreldre-lærer korrelasjon på  $r = .34$  for atferdsproblemer.

Korrelasjonene som vi fant for assosiasjonen mellom foreldrenes og barnas rapport på begge delskalaene var lave og nådde ikke tilfredsstillende signifikansnivå. Dette betyr at det er stor uenighet mellom foreldre og barn om hvilke og hvor mye symptomer barnet har. Det kan være ulike forklaringer som kan bidra med å forstå hvorfor det er så stor uenighet i symptomrapportering mellom barn og foreldre. En mulig forklaring kan være barnas alder. Noe forskning viser at samsvar mellom informanter samvarierer med alderen til barnet (Edelbrock, Costello, Dulcan, Conover & Kala, 1986; Van der Ende et al. 2012). Derimot konkluderer De Los Reyes og Kazdin (2005) i en omfattende metaanalyse med at forskningsfunn, som undersøker om samsvar mellom ulike informanter varierer med barnets alder, er inkonsistente.

Men man kan anta at alderen til barna som undersøkes trolig har betydning for hvordan barn svarer på spørsmål om egne vansker og problemer og kan dermed påvirke hvor godt voksne og barn samsvarer i rapportering om vansker og problemer. Barna som rapporterte om sin egen atferd på selvrapporteringsskjema i denne studien var mye yngre enn i de fleste andre studiene som bruker SDQ selvrapportering. SDQ selvrapporteringsskjemaet er validert for barn mellom 11 og 16 år (Goodman et al., 1998). Det er mulig at yngre barn kan misforstå spørsmålene eller svaralternativene, fordi de har et mindre godt utviklet språk og språkforståelse enn barn mellom 11 og 16 år.

I en studie fra Muris og kolleger (2004) målte forskerne de psykometriske egenskapene av SDQ selsvrapporteringskjemaet (som for eksempel kriteriumsvaliditet, samsvar med lignende screeningsskjema, interrater-enighet mellom lærer, foreldre og barn). Forskerne fant at de psykometriske egenskapene er på tilsvarende nivå for yngre barn (8-10år) som for eldre barn (11 år og eldre). Forskerne finner derimot lav reliabilitet for flere delskalaer når barn i alderen 8-10 år rapporterer. Muris og kollegaer tolker resultatene slik at selv veldig unge barn (8-13 år) kan gi nyttig og pålitelig informasjon om egne symptomer og vansker når de rapporterer på SDQ, men det er viktig at forskerne eller klinikere forsikrer seg om at barnet har forstått spørsmålet og svaralternativene riktig.

En annen forklaring for hvorfor resultater i denne studien viser stor uenighet mellom barn og voksne i rapportering av emosjonelle vansker og atferdsproblemer kan være hvordan SDQ-skjemaene ble administrert. Barna ble spurt i intervju, mens foreldre fylte ut skjemaet hjemme. Slik kunne man på den ene siden øke sjansen for at barn forsto spørsmålene og svaralternativene riktig. På den andre siden vil barnas svar kunne være påvirket for eksempel av sosial ønsketet. Barna måtte si svaret til en annen person og det er mulig at barn kan tro at personen forventer et bestemt svar og derfor svarer barn på den måten de tror den andre forventer å høre fremfor hva de faktisk opplever. Foreldrene derimot rapporterer anonymt på spørreskjema, og svarene er derfor muligens i mindre grad påvirket av sosial ønsketet.

En annen forklaring som kan bidra med å forstå lavt samsvar mellom foreldre og barn er rapporteringsstilen til norske foreldre. Heiervang, Goodman og Goodman (2008) beskriver i sin studie at norske foreldre har en tendens til å underrapportere emosjonelle vansker hos barn sammenlignet med britiske foreldre som rapporterer om emosjonelle vansker hos barn i Storbritannia. Dette stemmer godt med at resultater i denne studien viser at samsvar er lavest mellom foreldre og barn for rapportering av emosjonelle vansker sammenlignet med rapportering av atferdsproblemer.

Man kan også tenke seg at utvalget har betydning for hvor stor samsvar man finner mellom foreldre, barn og lærer. I et normalutvalg er det generelt få barn med store problemer, men det er mange barn med betydelige vansker i kliniske utvalg. Forskning viser at det er større samsvar mellom informanter i et klinisk utvalg, spesielt når barnet viser mye problemer (Goodman, Ford, Simmons, Gatward & Meltzer, 2000, Goodman et al., 1998).



### **4.2.1 Informanter er mer enige når de rapporterer om atferdsproblemer**

Ett annet viktig funn fra denne studien var at samsvar var høyere for atferdsproblemer enn for emosjonelle vansker, dette er i overensstemmelse med det annen forskning finner (Achenbach et al., 1987; Kolk & Kazdin, 1993; Stone et al., 2010; Van der Meer et al., 2008; Youngstrom et al., 2003). En mulig forklaring kan være at atferdsproblemer (som å ha raserianfall, å slåss med andre barn, å ta ting i skjul uten lov, å være ulydig, lyve og jukse) er lettere å observere enn emosjonelle vansker (som å føle seg lei seg, å være engstelig eller nervøs, å ha bekymringer, eller å ha vondt i magen/hodet). Emosjonelle vansker kommer i større grad til uttrykk i tanker og følelser enn atferdsproblemer og følelser og tanker er ikke direkte observerbar atferd og er derfor mindre tilgjengelig for utenforstående.

## **4.3 Assosiasjoner mellom diskrepansskårene**

Vi fant også at de gjennomsnittlige diskrepansskårene er større mellom barn og voksen (foreldre eller lærer) enn mellom de voksne informanter (foreldre og lærer).

Diskrepansskårene mellom barn og voksne er større på delskala "emosjonelle vansker" enn på delskala "atferdsproblemer". Det interessante er at de gjennomsnittlige diskrepansskårene mellom foreldre og lærere var nærmest null, og dette kan bety at foreldrene og lærere synes å være veldig enige i rapportering av både barnets emosjonelle vansker og atferdsproblemer.

Videre viser resultater i denne studien høyere korrelasjoner mellom to diskrepanser som begge sammenligner voksen med barn, enn mellom diskrepanser som sammenligner voksen-voksen med barn-voksen. Resultatene kan tolkes slik at det er lite samsvar mellom barns rapport av emosjonelle vansker/atferdsproblemer og voksnes rapport av barnets emosjonelle vansker/atferdsproblemer, uavhengig om det er lærer eller foreldre som rapporterer. Videre kan resultatene tolkes slik at lærere og foreldrene rapporterer mer likt om barnets vansker enn barn og lærer, og barn og foreldre. Dette er i overensstemmelse med det annen forskning finner. For eksempel, undersøkte Ablow og kolleger (1999) samsvar mellom mødrene, lærere og barn. Forskerne fant høyere samsvar for både eksternaliserende og internaliserende vansker mellom mødrene og lærere, enn mellom lærer og barn, og mellom mødrene og barn.

Funn fra diskrepansanalysen og funn fra korrelasjonsanalysen som beskrevet over peker samlet sett i retning mot at det er større samsvar for atferdsproblemer på tvers av informanter

enn for emosjonelle vansker. Dette er ett viktig funn for klinisk praksis, og betyr at man som kliniker, i møte med barn med emosjonelle vansker, må vurdere informasjon fra hver enkelt informant med varsomhet. Da blir kanskje også kliniske tester og observasjon av barnet ekstra viktig i diagnostiseringen.

## **4.4 Kan enkelte item forklare forskjellene?**

Hovedfunnene i denne studien peker i retning mot at det er lavt samsvar mellom barn og foreldre, og mellom barn og lærere i rapportering av emosjonelle vansker og atferdsproblemer. Lærere og foreldre rapporterer mer likt om barnets emosjonelle vansker og atferdsproblemer, enn lærer/barn og foreldre/barn. Det synes i tillegg å være mer samsvar mellom informantene på delskalaen ”atferdsproblemer” enn på delskalaen ”emosjonelle vansker”.

Ved å undersøke besvarelsene for hvert enkelt spørsmål på begge delskalaer ville vi belyse om det finnes enkelte item som kan forklare forskjellene vi finner. Resultatene viser at for 9 av de 10 spørsmålene rapporterer flere barn enn voksne vansker. Forskjellen mellom antall barn og antall voksne som rapporterer vansker er spesielt stor for spørsmål 2 på delskala ”emosjonelle vansker” som måler om barnet ofte er lei seg, er nedfor eller på gråten. Dette spørsmålet besvarer størsteparten av barna med ja, mens kun få foreldre og lærere svarer ja.

Som mulig forklaring for at resultatene viser en så stor forskjell mellom antall foreldre/lærere og antall barn som rapporterer dette symptomet for barnet, kan tenkes å være at barna tolker spørsmålet annerledes enn foreldrene og lærere. Barn kan ofte oppleve ”å være lei seg” uten at det er en varig tilstand som er knyttet til depressive følelser og tanker, og de kan ofte føle at de er lei seg over små hverdagslige begivenheter, uten at dette er noe vi voksne får med oss. Man kan kanskje også tenke seg at de voksne legger mer vekt på dette spørsmålet dersom det handler om å være lei seg ofte uten grunn. Det kan også være mulig at barnet kan ha opplevd noe som gjør at de ofte formidler å være lei seg, men uten selv å forstå hvorfor. For eksempel, kan barnet bli mobbet på skolen, og er derfor ofte lei seg, men uten at de voksne vet hvorfor. Det er også mulig at foreldrene rapporterer vansker kun når de opplever vanskene som plagsomt for barnet eller familien, eller kun når de opplever at det handler om vansker som er utenfor den normale hverdagslige variasjonen i humør og følelser.

Det er ikke grunn til å anta at resultatene fra rapportering på dette enkeltspørsmålet alene kan forklare de store forskjellene som vi finner i rapportering av emosjonelle vansker mellom barn og foreldre/lærer. Men resultatene fra dette spørsmålet kan illustrere at forskjellig tolkning eller forståelse av spørsmålet kan bidra med å forklare hvorfor voksne og barn er uenige i rapportering av barnets vansker.

## **4.5 Betydning av multiinformant tilnærming for klinisk praksis**

Ut fra kunnskapen vi har om forskjellene i rapportering, kan man stille spørsmål ved hvem som er mest pålitelig som informant. Som Achenbach og kolleger (1987) hevder, betyr ikke de lave korrelasjonene at noen av informantene ikke er reliable, men at hver av informantene bidrar med unik kunnskap om barnets atferd i forskjellige sosiale situasjoner. Som Becker og kolleger (2004) skriver, er en multiinformant tilnærming den beste måten å innhente informasjon på i klinisk praksis. Tidlig og nøyaktig oppdagelse av psykiske vansker har betydning for at barnet og familien skal få best mulig hjelp, og påvirker hvordan barnet utvikler seg sosialt, emosjonelt og psykologisk. Jo tidligere barnet får hjelp, desto større er sannsynligheten for et bedre utfall, og for at vanskene ikke skal fortsetter inn i ungdomsårene og voksen alder (Becker et al., 2004).

For kliniker er det dermed også viktig å innhente informasjon fra flere ulike informanter, og få en oversikt over de ulike perspektivene. Dette både med hensyn til kartlegging av symptomer og ressurser, diagnosesetting og utvikling av et behandlingsforløp og -mål. Det kan være avgjørende for blant annet å skape en oversikt over hvilke situasjoner eventuelle problemer oppstår. Samtidig med viktigheten av å få en forståelse av hvordan barnet selv opplever situasjonen. For eksempel kan det vise seg at barnet har atferdsproblemer i hjemmet, men ikke i skolen eller omvendt. Det vil være avgjørende med slik informasjon fra ulike informanter med hensyn til intervensjoner, for eksempel hva det er i skolesituasjonen som forhindrer eller reduserer problematferd, og som eventuelt kan overføres til hjemmet. Eller omvendt.

Også for forskere er det å anbefale bruk av multiinformantperspektiv. Flere studier viser at det synes å være systematiske forskjeller mellom informantene (Becker et al., 2004; Shakoor et al., 2011), og at dette gir en viktig og mer helhetlig forståelse av populasjonen. For

eksempel i tilfeller der man ønsker å screene, predikere eller kartlegge prevalensen av psykiske symptomer i befolkningen, som igjen kan anvendes for å innhente informasjon vedrørende hvem som velger å oppsøke psykisk helsevern og hvem som faller utenfor. Eller for eksempel i hvilke populasjoner det kan være nødvendig å sette inn eventuelle tiltak. En multiinformant tilnærming vil derfor også innenfor normalpopulasjonen være nyttig, da informantenes perspektiver innehar både overlappende og unik informasjon.

## **4.6 Styrker og begrensninger ved studien**

En styrke ved denne studien er at det er en prospektiv studie, med mange informanter. At studien inkluderer barneintervjuer hos små barn, i tillegg til lærer og foreldre, gjør studien unik. Det er en fordel med hensyn til å få et mer nyansert bilde av barnets fungering fra ulike synsvinkler. En videre fordel er at multiinformant perspektiv gir muligheten til å sammenlikne to voksne rapporteringer med barnets, samtidig med de voksne seg imellom, innenfor samme skala. Det er svært få studier i Norge der alle tre informanter er inkludert, og der så mange barn i så ung alder selvrappporterer på SDQ (Obel et al., 2006). En annen styrke er at resultatene er basert på beskrivelser i et normalutvalg, og dette er et metodologisk fortrinn med tanke på å få kunnskap om hvordan ulike informanter rapporterer om barnets fungering og symptomer. Studien har også en styrke ved at den benytter svært kjente og gode måleinstrumenter, som SDQ. SDQ har vist seg å være et godt og reliabelt instrument for screening av symptomer så vel i kliniske populasjoner som i normalpopulasjon (Becker et al., 2004; Goodman & Goodman, 2011.)

En svakhet ved studien er frafall av deltakere. I longitudinelle studier, både i Norge (Nilsen, Vollset, Gjessing, Skjærven, Melve, Schreuder, Alsaker, Haug, Daltveit, Magnus, 2009) og internasjonalt (Wolke, Waylen, Samara, Steer, Goodman, Ford, Lamberts, 2009) er det ofte frafall. Dette kan påvirke prevalensen av symptomer, men det er sjeldent at dette vil ha en effekt på assosiasjoner mellom covariatene (Bekkehus, Rutter, Barker, Borge, 2010; Wolke et al., 2009).

Vi fant lavere SDQ gjennomsnittsverdier for både delskala ”emosjonelle vansker” og delskala ”atferdsproblemer” sammenlignet med de fleste andre land (Obel et al., 2004; Van Roy et al., 2010). Det er imidlertid stor variasjon i hvor store gjennomsnittsskårer ulike studier både nasjonalt (Heiervang et al., 2008; Obel et al., 2004) og internasjonalt finner (Van

Roy et al., 2010). Sammenlikner vi våre gjennomsnittsskårer med annen forskning, finner vi det samme som Heiervang og kolleger (2008) fant da de sammenlignet svar fra norske foreldre og lærere på SDQ, med svar fra britiske foreldre og lærer. Forskerne fant at norske foreldre og lærere rapporterer mindre atferdsproblemer og mindre emosjonelle vansker hos barn, enn britiske foreldre og lærere. En forklaring på dette kan være funn Heiervang og kolleger gjorde i samme studie, der de fant en lavere prevalens av atferdsvansker hos norske barn sammenlignet med britiske. De fant derimot at forekomsten av emosjonelle vansker var like høy hos norske som hos britiske barn, og at norske foreldre og lærere trolig har en tendens til å underrapportere emosjonelle vansker hos barn i normalutvalg. Man kan anta at samme tendensen gjenspeiler seg i denne studien, og at dette kan være en forklaring på de noe lavere gjennomsnittsverdiene sammenliknet med andre land.

Studien viste også lav reliabilitet for atferdsproblemer på SDQ. Dette kan trolig henge sammen med at det var få item, og kunne dermed vært forbedret dersom man benyttet flere item, eller ved at vi benyttet alle del-skalaene om atferdsproblemer i SDQ, men dette hadde vi ikke tilgjengelig i dette studiet. I følge Goodman og kolleger (2010) kan en tredeling av SDQ delskalaene være mer meningsfylt enn den hyppigst brukte femdelingen, når man ønsker å undersøke et normalutvalg. Forskerne har gjennomført en faktoranalyse og mener at det er fordelaktig å bruke de mer omfattende delskalaene ”internaliserende vansker” (som inkluderer ”emosjonelle vansker” samt ”problemer i relasjon til venner”) og ”eksternaliserende vansker” (som inkluderer ”atferdsproblemer” og ”hyperaktivitet-/oppmerksomhetsvansker”), og i tillegg ”prososial delskala”. Det er mulig at resultatene i denne studien ville sett annerledes ut dersom vi hadde valgt å slå sammen skalaene som foreslått av Goodman og kolleger, før sammenlikning mellom informantene. Man kan anta at reliabiliteten for større delskalaer hadde blitt høyere, enn den vi fant.

En annen begrensning ved studien kan være barnas alder. Det er grunn til å forvente at barn i så ung alder har en annen forståelse av ulike konsepter på SDQ sammenlignet med voksne. For eksempel av generelle tidsbegreper som ’ofte’, der et barn kan vurdere ’ofte’ ut fra de sist to dagene, mens en voksen vurderer det ut fra det siste halvåret. Betydningen av de konkrete spørsmålsstillingene vil også kunne være preget av en annen forståelse hos barnet, enn hos de voksne informantene. Man kan anta at jo yngre barna er, desto mindre er de i stand til å overføre hverdagserfaringer til et spørreskjema som kun består av få spørsmål. Dette vil være faktorer som kan påvirke funnene om samsvar, og som kanskje ville gitt andre resultater

dersom barna var eldre. Det er uklart fra hvilken alder barn utvikler et flerdimensjonelt syn på seg selv, men studier har vist at barn helt ned i barnehagealder har utviklet et selvkonsept på flere domener, og derfor har evnen til å rapportere om seg selv på flere av SDQ's skalaer (Measelle, Ablow, Cowan, Cowan, 1998).

Barna ble i "Vennskapsstudien" intervjuet på grunn av sin unge alder, mens foreldre og lærere fylte ut spørreskjema på egenhånd. Muligheten for at barnas selvrappotering påvirkes ulikt sammenliknet med de voksne som følge av ulik fremgangsmåte ved innhenting av data, er også en faktor man må vurdere når man tolker resultatene.

## **4.7 Videre forskning**

I studien hadde barna som var med i utvalget et stort aldersspenn. Det vil i fremtiden være interessant å se på hvordan barna innenfor hvert alderstrinn rapporterer, inkludert deres foreldre og lærere. Det kan også være av interesse å se på hvor unge barna kan eller bør være, for å kunne rapportere pålitelig på spørreskjema. Man kan for eksempel undersøke om rapporteringen blir annerledes ved bruk av dukker. Denne studien undersøker hvor mye symptomer ulike informanter rapporterer for barna, og det kan for fremtidig forskning være interessant å se på i hvor stor grad disse symptomene oppleves som plagsomme for de ulike informantene. Disse forskningsfeltene er komplekse og store, og derfor utenfor rekkevidde av vår hovedoppgave, men dette kan være ønskelig å gjøre i for eksempel en i fremtidig publikasjon av studien.

## **4.8 Konklusjoner**

Denne studien har vist at barn, foreldre og lærere rapporterer ulikt med hensyn til barnas emosjonelle vansker og atferdsproblemer. Barna viser en tendens til å rapportere mer vansker på begge delskalaene, mens de voksne rapportere mindre og mer likt. Lærere rapporterer mer atferdsproblemer hos gutter sammenliknet med jenter. Disse funnene er sammenlignbare med funn fra flere andre studier, men det er fremdeles behov for mer forskning på området.

Funnene antyder at det er meningsfylt å inkludere barnas rapportering i forskning og klinisk praksis. Fra hvilken alder barna kan bidra med pålitelig informasjon, avhenger av spørsmålsstillingen og barnas kognitiv evner. utfordringer med å inkludere barn i forskning, vil være ønsket om å standardisere, slik at det blir likt for alle. Dette må tilpasses de minste

for å oppnå reliable besvarelser. Innen klinisk praksis kan man derimot tilpasse individuelt ut fra informantens kognitive kapasitet. Barn er svært forskjellige med hensyn til språk og hvordan de er komfortable med å uttrykke seg. Noen er svært verbale, mens andre uttrykker symptomer bedre gjennom lek med for eksempel dukker eller tegning. Uttrykksformen må derfor tilpasses barnet. Ut fra funnene i studien og funn fra andre studier er det meningsfylt og viktig med et multiinformant perspektiv, da hver og en informant bidrar med unik informasjon.

# Referanser

- Ablow, J. C., Measelle, J. R., Kraemer, H. C., Harrington, M. D. R., Luby, J., Smider, N., ...Kupfer, D. J. (1999). The MacArthur three-city outcome study: Evaluating multi-informant measures of young children's symptomatology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1580-1590.
- Achenbach, T. M. (1966). The classification of childrens psychiatric symptoms. A factor-analytic study. *Psychological Monographs*, 80(7), 1-37.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H. & Howell, C. T. (1987). Child/Adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101(2), 213-232. doi: 10.1037/0033-2909.101.2.213
- Arseneault, L., Kim-Cohen, J., Taylor, A., Caspi, A. & Moffitt, T. E. (2005). Psychometric evaluation of 5- and 7-year-old children's self-reports of conduct problems. *Journal of abnormal child psychology*, 33(5), 537-550. doi: 10.1007/s10802-005-6736-5
- Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A., Rijdsdijk, F. V., Jaffee, S. R., Ablow, J. C. & Measelle, J. R. (2003). Strong genetic effects on cross-situational antisocial behaviour among 5-year-old children according to mothers, examiner-observers, and twins' self-reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(6), 832-848.
- Becker, A., Hagenberg, N., Roessner, V., Woerner, W. & Rothenberger, A. (2004). Evaluation of the self-reported SDQ in a clinical setting: Do self-reports tell us more than ratings by adult informants? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(Suppl. 2), 18-24. doi: 10.1007/s00787-004-2004-4
- Bekkhuis, M., Rutter, M., Barker, E. D. & Borge A. I. H. (2010). The role of pre- and postnatal timing of family risk factors on child behavior at 36 months. *Child Development*, 39, 611-621. DOI 10.1007/s10802-010-9477
- Capaldi, D. (1992). Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: II. A 2-year follow-up at grade 8. *Development and Psychopathology* 4(1), 125-144.
- Collishaw, S., Goodman, R., Ford, T., Rabe-Hesketh, S. & Pickles, A. (2009). How far are associations between child, family and community factors and child psychopathology informant-specific and informant-general? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(5), 571-580. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.02026.x



- De Los Reyes, A. & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131(4), 483-509. doi: 10.1037/0033-2009.131.4.483
- Edelbrock, C., Costello, A., Dulcan, M. K., Conover, N. C. & Kala, R. (1986). Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27(2), 181-190.
- Goodman, A. & Goodman, R. (2011). Population mean scores predict child mental health disorder rates: validating SDQ prevalence estimators in Britain. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(1), 100-108. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02278.x
- Goodman, A. Lamping, D. L. & Ploubidis, G. B. (2010). When to use a broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the strengths and difficulties questionnaire (SDQ): Data from British parents, teachers and children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 1179-1191. doi: 10.1007/s10802-010-9434-x
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345. doi: 10.1097/00004583-2001111000-00015
- Goodman R., Ford T., Simmons, H., Gatward, R. & Meltzer, H. (2000) Using the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 177, 534-539.
- Goodman, R., Meltzer, H. & Bailey, V. (1998). The strengths and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(3), 125-130.
- Hawley M. & Weisz, J. R. (2003). Child, parent, and therapist (dis)agreement on target problems in outpatient therapy: The therapist's dilemma and its implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 62-70. doi: 10.1037/0022-006X.71.1.62
- Heiervang, E., Goodman, A. & Goodman, R. (2008). The Nordic advantage in child mental health: separating health differences from reporting style in cross-cultural comparison of psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 678-685. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01882.x
- Howitt, D. & Cramer, D. (2008). *Introduction to statistics I psychology* (4. Ed). London: Pearson Education

- Ingoldsby, E. M., Kohl, G. O., McMahon, R. J. & Lengua, L. (2006). Conduct problems, depressive symptomatology and their co-occurring presentation in childhood as predictors of adjustment in early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 603-621. doi: 10.1007/s10802-006-9044-9
- Kolko, D. J., & Kazdin, A. E. (1993). Emotional/behavioral problems in clinic and non-clinic children: Correspondence among child, parent and teacher reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 991-1006. doi: 10.1111/j.1469-7610.1993.tb01103.x
- Kim-Cohen, J., Arseneault, L., Caspi, A., Tomás, M. P., Taylor, A. & Moffitt, T. (2005). Validity of DSM-IV conduct disorder in 4,5-5 year-old children: A longitudinal epidemiological study. *American Journal of Psychiatry* 162(6), 1108-1117.
- Measelle, J. R., Ablow, J. C., Cowan, P. A. & Cowan, C. P. (1998). Assessing young children's views of their academic, social, and emotional lives: An evaluation of the self-perception scales of the Berkeley Puppet Interview. *Child Development*, 69(6), 1556-1576.
- Muris, P., Meesters, C., Eijkelenboom, A. & Vincken, M. (2004). The self-report version of the strengths and difficulties questionnaire: Its psychometric properties in 8-13-year-old non-clinical children. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 437-448.
- Muris, P., Meesters, C., van den Berg, F. (2003). The strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(1), 1-8. doi: 10.1007/s00787-003-0298-2
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (Rapport fra Nasjonalt folkehelseinstitutt). Hentet fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_6496&Main\\_6157=6263:0:25,6336&MainContent\\_6263=6496:0:25,6348&Content\\_6496=6259:80180:0:6184:1::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6496:0:25,6348&Content_6496=6259:80180:0:6184:1::0:0)
- Nilsen, R. M., Vollset, S. E., Gjessing H. K., Skjærven, R., Melve, K. K., Schreuder, P., Alsaker, E. R., Haug, K., Daltveit, A. K. & Magnus P. (2009). Self-selection and bias in a large prospective pregnancy cohort in Norway. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 23, 597-608. doi: 10.1111/j.1365-3016.2009.01062
- Obel, C., Heiervang, E., Rodriguez, A., Heyerdahl, S., Smedje, H., Sourander, A., ... Olsen, J. (2004). The strengts and difficulties questionannire in the nordic countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(Suppl. 2), 32-39. doi: 10.1007/s00787-004-2006-2

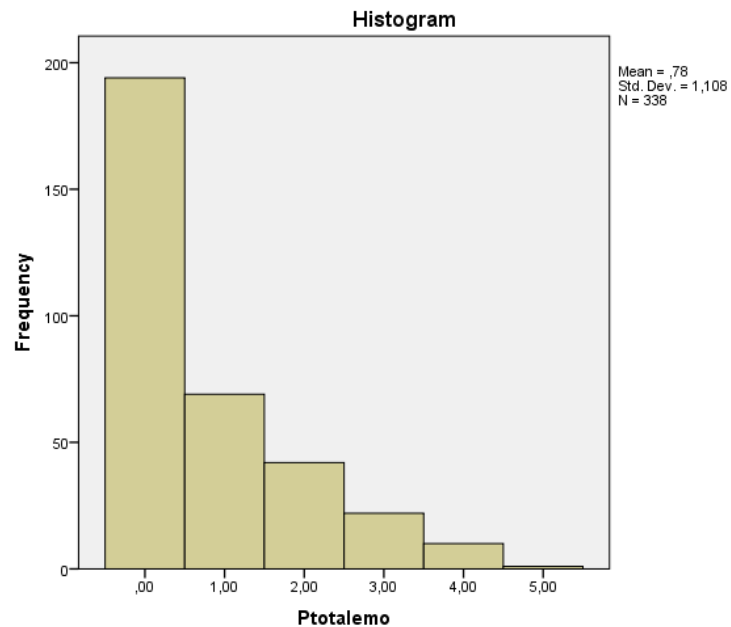
- Phillips, B. M. & Lonigan, C. J. (2010). Child and informant influences on behavior ratings of preschool children. *Psychology in the Schools*, 47(4), 374-390. doi: 10.1002/pits.20476
- Polier, G. G., Vloet, T. D., Herpertz-Dahlmann, B., Laurens, K. R. & Hodgins, S. (2012). Comorbidity of conduct disorder symptoms and internalising problems in children: Investigating a community and a clinical sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(2), 31-38. doi: 10.1007/s00787-011-0229-6
- Reidler, E. B. & Swenson, L. P. (2012). Discrepancies between youth and mothers' perceptions of their mother-child relationship quality and self-disclosure: implications for youth- and mother-reported youth adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 41, 1151-1167. doi: 10.1007/s10964-012-9773-8
- Shakoor, S., Jaffee, S. R., Andreou, P., Bowes, L., Ambler, A. P., Caspi, A., Moffitt, T. E. & Arseneault, L. (2011). Mothers and children as informants of bullying victimization: Results from an epidemiological cohort of children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 379-387. doi: 10.1007/s10802-010-9463-5
- Stone, L. L., Otten, R., Engels, R. C. M. E., Vermulst, A.A. & Janssens, J. M. A. M. (2010). Psychometric properties of the parent and teacher versions of the strengths and difficulties questionnaire for 4- to 12-year-olds: A review. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 13, 254-274. doi:10.1007/s10567-101-0071-2
- Van de Looij-Jansen, P. M., Jansen, W., de Wilde, E. J., Donker, M. C. H. & Verhulst, F.C. (2011). Problems among preadolescent children: Relationships with gender, ethnic background, and future internalizing problems. *The Journal of Early Adolescence*, 31(3), 443-462. doi: 10.1177/0272431610366243
- Van der Ende, J., Verhulst, F. C. & Tiemeier, H. (2012). Agreements of informants on emotional and behavioral problems from childhood to adulthood. *Psychological Assessment* 24(2). doi: 293-300. 10.1037/a0025500
- Van der Meer, M., Dixon, A. & Rose, D. (2008). Parent and child agreement on reports of problem behaviour obtained from a screening questionnaire, the SDQ. *European Child & Adolescent Psychiatry* 17(8), 491-497. doi: 10.1007/s00787-008-0691-y
- Van Roy, B., Groholt, B., Heyerdahl, S. & Clench-Aas, J. (2010). Understanding discrepancies in parent-child reporting of emotional and behavioural problems: Effects of relational and socio-demographic factors. *BMC Psychiatry*. Advance online publication. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2444X/10/56>

- Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E. & Sveen, T. H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 695-705. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x
- Woerner, W., Becker, A. & Rothenberger, A. (2004). Normative data and scale properties of the German parent SDQ. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(Suppl. 2), 3-10. doi: 10.1007/s00787-004-2002-6.
- Wolff, J. C. & Ollendick, T. H. (2006). The comorbidity of conduct problems and depression in childhood and adolescence. *Clinical Child and Family Psychology Review* 9(3/4) doi: 201-220. 10.1007/s10567-006-0011-3
- Wolke, D., Waylen, A., Samara, M., Steer, C., Goodman, R., Ford, T., & Lamberts, K. (2009). Selective drop-out in longitudinal studies and non-biased prediction of behaviour disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 249-256. doi: 10.1192/bjp.bp.108.053751
- Youngstrom, E. A., Findling, R. L., Calabrese, J. R. (2003). Who are the comorbid adolescents? Agreement between psychiatric diagnosis, youth, parent, and teacher report. *Journal of abnormal child psychology*, 31(3), 231-245. doi: 00091-0627/03/0600-0231/0

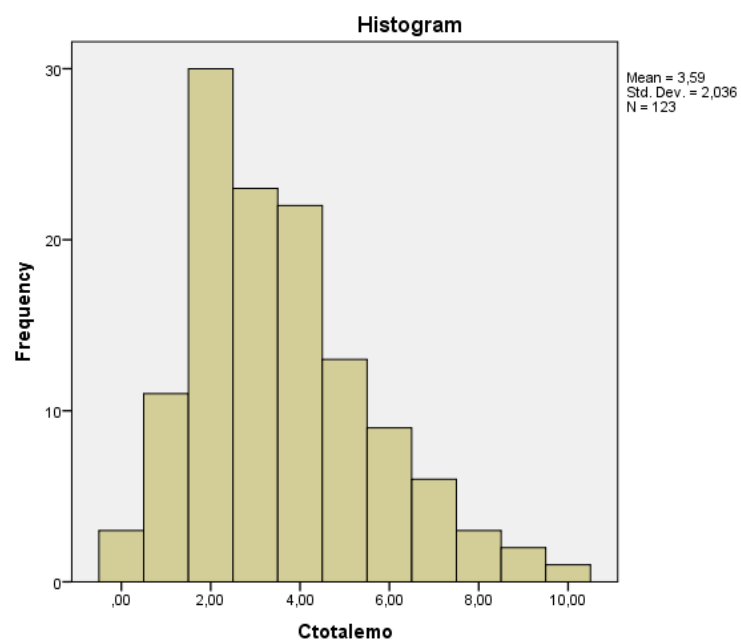
# Vedlegg / Appendiks

## Emosjonelle vansker

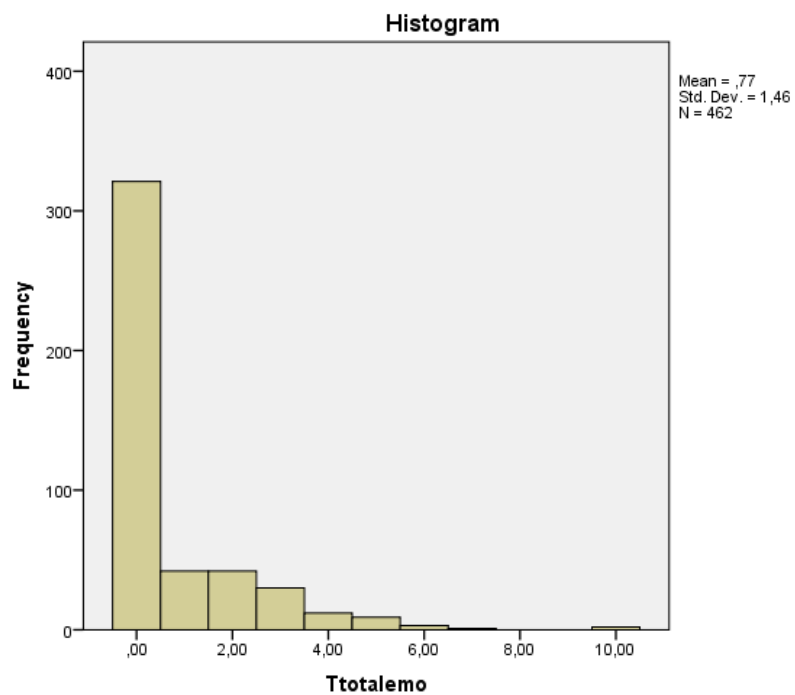
Foreldrerapportering om emosjonelle vansker



Selvrappotering av barna om emosjonelle vansker

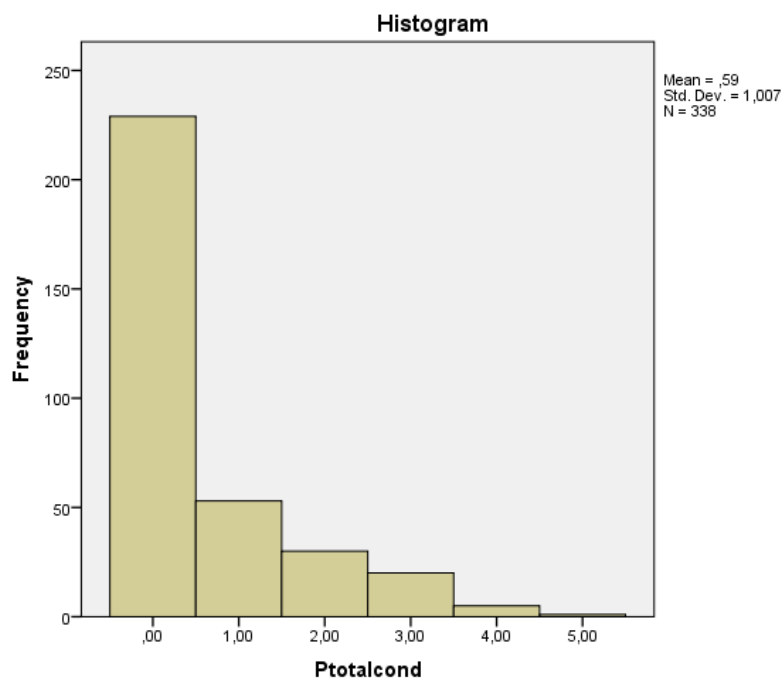


## Lærerrapportering om emosjonelle vansker

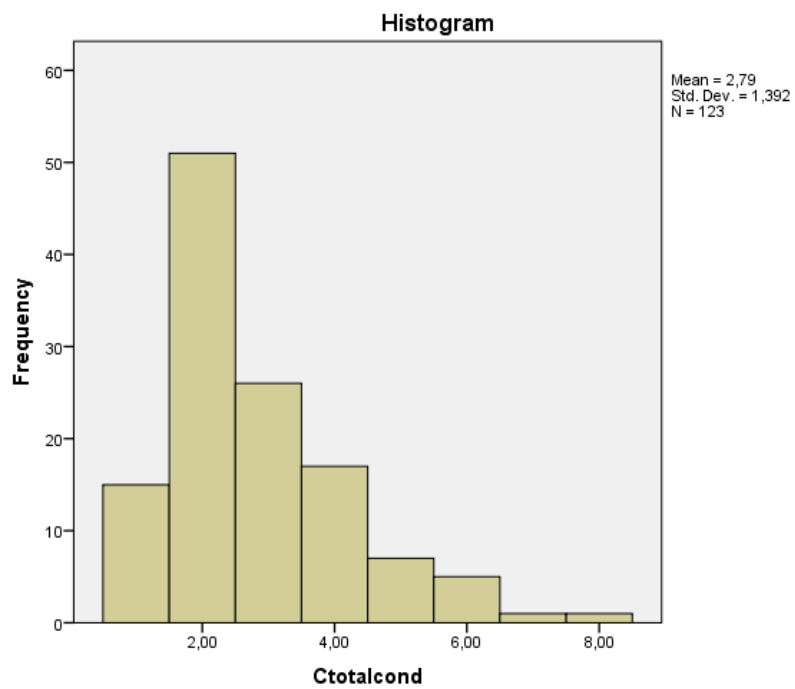


## Atferdsproblemer

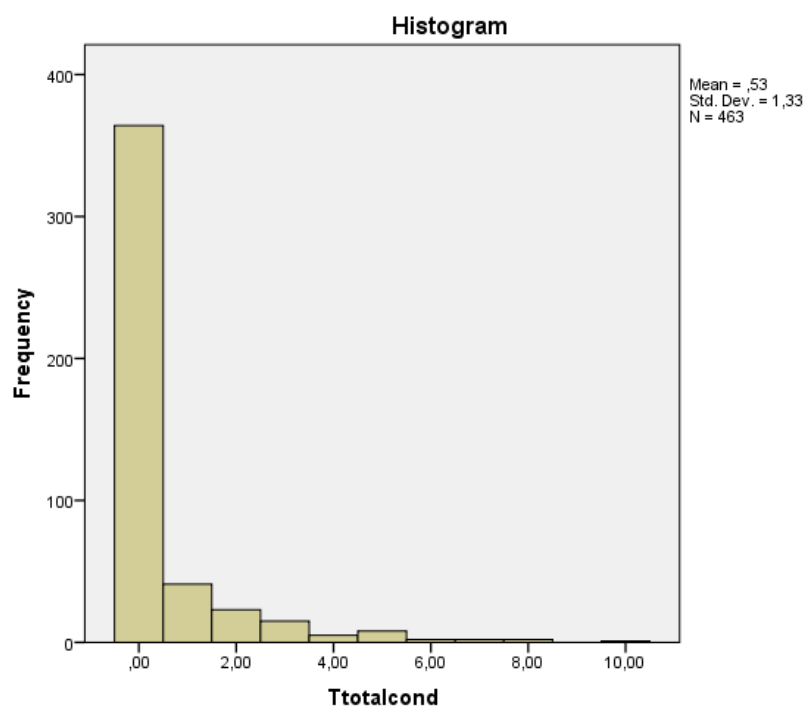
### Foreldrerapportering om atferdsproblemer



## Selvrapportering av barna om atferdsproblemer



## Lærerrapportering om atferdsproblemer



## Appendiks 2

